

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

EFFECTO DEL TIEMPO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE GLAUCOMA
EN PACIENTES CON GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

ESTUDIO EVALUATIVO DEL COMPONENTE EDUCATIVO EN LA CONSULTA

PACIENTES DE LA CLINICA DE GLAUCOMA DEL DEPARTAMENTO DE
OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE
MAYO-SEPTIEMBRE DE 1994

DR. KERWIN PAUL CIFUENTES ERAZO

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. OBJETIVOS	3
IV. MARCO CONCEPTUAL	
A. Definición	4
B. Epidemiología	5
C. Fisiopatología	7
D. Características Clínicas	9
E. Diagnóstico Diferencial	10
F. Tratamiento	11
G. Pronóstico	12
H. Seguimiento	13

V. ASPECTOS METODOLOGICOS

A.	Tipo de Estudio	18
B.	Población y Unidad de Observación	18
C.	Fuente de Información	18
D.	Estrategia Metodológica	18
E.	Plan de Recolección de Datos	19
F.	Plan de Procesamiento de Datos	19
G.	Plan de Interpretación de Datos	19
H.	Definición de Variables	20
I.	Resumen de Variables	22

VI. RESULTADOS	24
-----------------------	-----------

VII. DISCUSION	34
-----------------------	-----------

VIII. CONCLUSIONES	36
---------------------------	-----------

IX. RECOMENDACIONES	38
----------------------------	-----------

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
--------------------------------------	-----------

ANEXO: Instrumento de Recolección de Datos	41
---	-----------

INTRODUCCION

El presente es un estudio evaluativo sobre los conocimientos relacionados con la patología conocida como Glaucoma en pacientes de reciente diagnóstico en la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Roosevelt en 1994. Se puede enmarcar como un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. En el trabajo se admitieron 45 pacientes en los tres meses que duró la primera fase con abandono de 13.6% a los tres meses en la segunda fase. En la primera fase se realizó la Instrucción a los pacientes admitidos, en la segunda fase se evaluó el efecto de tres meses sobre el conocimiento recibido en la instrucción.

Se determinó que todos los parámetros subían a niveles aceptables de recuerdo en forma inmediata, o sea en evaluación durante el primer día postinstrucción; y, todos los parámetros descendían a porcentajes de certeza bajos a los tres meses postinstrucción. De los seis parámetros evaluados, los más teóricos fueron los que más se olvidaron (Que es glaucoma? y cual es el daño que produce el Glaucoma al ojo?); el parámetro menos afectado fué el que se refiere a los efectos sobre la visión (Que le pasa a la vista cuando se padece glaucoma?), relacionado con el estadio tardío de la enfermedad al momento del diagnóstico, es decir con afección de la visión en uno o ambos ojos.

Ninguna variable del paciente así como de la Entrevista y el Médico que sirvió la atención con el componente educativo podría asumirse que tuvo alguna relación con el efecto del olvido de los Conocimientos en función del tiempo (tres meses, período que se determinó para hacer el corte evaluativo final).

Esto podría hacernos pensar que la Patología ocular en cuestión es de difícil comprensión; aunado al hecho que la población estudiada fué bastante uniforme en cuanto a nivel educativo, social y cultural, y por lo que los conceptos de glaucoma tiene la tendencia a olvidarse fácilmente a los tres meses si la enfermedad aún no ha desarrollado evidencia clínica del daño a la

DEFINICION DEL PROBLEMA

El glaucoma crónico simple (GCS) es una entidad mundialmente distribuida, se caracteriza por el aumento permanente de la presión intraocular (PIO) con daño al nervio óptico y reducción de campos visuales, es una enfermedad crónica de evolución lenta y asintomática.

Los programas de control de la enfermedad, en los servicios de salud especializados en oftalmología, requiere además de un plan congruente con medicamentos tópicos y vía oral para disminuir la PIO; un plan adicional coadyuvante de tipo educacional que contemple que el paciente comprenda su enfermedad, las expectativas que tiene un buen tratamiento y sin él.

En el servicio de glaucoma, del Departamento de Oftalmología del Hospital Roosevelt, se atienden bajo programa a cientos de pacientes con glaucoma de todo tipo, siendo el GCS el más frecuente. A los pacientes afectados, se les imparte los aspectos conceptuales más relevantes de la enfermedad, con el fin de que comprendan que si llevan un régimen apropiado tendrán una mejor expectativa en cuanto a su visión se refiere.

A estos pacientes se les plantea su tratamiento inicial y se les da controles apropiados, de acuerdo a la evolución propia del paciente. El programa incluye el manejo con medicamentos, el control de los campos visuales y una adecuada orientación educativa al paciente, explicando su enfermedad, sus orígenes, sus consecuencias y, lo más importante, la necesidad de un tratamiento rutinario permanente, por parte de los afectados, que al abandonar sus tratamientos pueden llegar a la consecuencia funesta de la ceguera.

Es por eso que, en este estudio, se plantea la necesidad de evaluar si el aspecto orientador-educativo está llegando a ser comprendido adecuadamente por los pacientes o, bien, si este conocimiento es olvidado por efecto del tiempo.

De ser así, se plantea la forma de implementar el aspecto educativo o bien las formas de reforzar el conocimiento inicial.

Este es un estudio original con casi nulos antecedentes bibliográficos.

OBJETIVOS

I. Se evaluó el efecto del tiempo en el conocimiento sobre GCS en pacientes atendidos en el servicio oftalmológico del Hospital Roosevelt, que padecen de esta enfermedad.

1. Se determinó el grado de conocimiento sobre las características del GCS.
2. Se determinó el grado de conocimiento sobre el daño que produce el GCS.
3. Se determinó el grado de conocimiento sobre como se manifiesta el GCS.
4. Se determinó el grado de conocimiento sobre como se trata el GCS.
5. Se determinó el grado de conocimiento sobre las consecuencias del tratamiento si se lleva adecuada e inadecuadamente.

II. Se identificó algunos factores del Receptor (de la información) que pudieran intervenir en el conocimiento de la enfermedad:

III. Se identificó algunos factores del Emisor (de la información) que pudieran intervenir en el conocimiento de la enfermedad.

MARCO TEORICO

DEFINICION

GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

Conocido también como glaucoma primario de ángulo abierto, es la forma más común de glaucoma en muchos países; se calcula que 60-70 % de los casos en Estados Unidos pertenecen a esta categoría. Esta enfermedad posee un componente hereditario el cual se hace más prevalente con la edad.

A causa que la enfermedad tiene un curso asintomático hasta los estadios avanzados, los afectados pueden desarrollar daño severo antes de hacer el diagnóstico.

Muchos casos se descubren en programas que realizan exámenes para detección de problemas oftalmológicos.

El glaucoma crónico simple (G.C.S.) puede ser considerado como una neuropatía óptica anterior crónica y progresiva, que se caracteriza por atrofia y excavación del nervio óptico, pérdida de campos visuales, ángulo abierto, y presión intraocular lo suficientemente alta y sostenida que ocasiona daño al ojo, sin otro contribuyente ocular o sistémico.

En la mayoría de casos la presión intraocular (P.I.O.) está elevada por arriba de los rangos normales, lo cual refleja la dificultad de drenaje del humor acuoso (H.A.).

El mecanismo por el cual la PIO elevada daña al nervio óptico (N.O.) no está clara, pero muchos clínicos creen que se trata de un efecto isquémico del disco óptico, o por compresión mecánica directa de los axones o ambos.

La definición de G.C.S. utilizada aquí denota la importancia de la PIO en el progreso de la enfermedad así como enfatiza el daño al órgano final, el N.O. excavado.

Probablemente la enfermedad sea un grupo de ellas, un síndrome, que aún no sabemos diferenciar.

En una minoría de pacientes la enfermedad progresa sin necesidad de PIO elevada, a lo que se ha dado en llamar:
GLAUCOMA DE TENSION NORMAL.

Otro término en discusión es el de **HIPERTENSION OCULAR**, que es el término epidemiológico dado a sujetos de la población con discos normales, campos visuales normales, ángulos abiertos, PIO elevada, sin afección o daño a estructuras oculares. Estos son de alto riesgo para desarrollar glaucoma.

EPIDEMIOLOGIA

PREVALENCIA

En la mayoría de estudios en Europa y Estados Unidos la prevalencia del G.C.S. es de 0.5% a 1% de la población arriba de los 40 años.

Existen estudios que reportan diferentes prevalencias, dependiendo de la población estudiada, edad de los individuos, técnicas de diagnóstico y definición de glaucoma.

INCIDENCIA

Estos datos no han sido aún bien medidos en población general. Un estudio de esta naturaleza requeriría seguimientos de larga duración en grandes poblaciones. Utilizando datos de Framingham se ha estimado que la incidencia de G.C.S. es de 0.2% a los 55 años a 1.1% a los 70 años.

EDAD

La prevalencia de G.C.S. se incrementa con la edad; pero no podemos inferir que la enfermedad está limitada a personas de edad media o mayor, ya que puede ocurrir en la niñez o adolescencia.

SEXO

La información es contradictoria en este rubro. En algunos estudios hay más prevalencia en hombres pero la PIO es más elevada en mujeres. En otros estudios no hay diferencia en ambos sexos.

RAZA

Estudios recientes indican que el G.C.S. es más prevalente en negros que en blancos. Así como la enfermedad parece desarrollarse a edades más tempranas y progresar más rápidamente en negros.

Se calcula que la ceguera secundaria a G.C.S. es ocho veces más alta en negros en Estados Unidos. Se ha propuesto que la isquemia óptica por drepanocitosis es contribuyente en los negros. No hay ninguna evidencia en cuento a los propuestos.

Los altos niveles de PIO en población negra puede explicarse por la prevalencia de altos niveles de la presión arterial. Datos en otras etnias no son completos; se sabe que es muy rara la enfermedad en aborígenes de islas del Pacífico, asiáticos y nativos americanos.

FACTORES SOCIO ECONOMICOS

Muy pocos estudios existen relacionados al G.C.S. con factores socioeconómicos. En algunos estudios se dice que los artesanos aumentan o disminuyen la prevalencia para el G.C.S.

ERRORES DE REFRACCION

La miopía ha sido asociada a G.C.S. en varios estudios. No es claro como la miopía pueda influir en la prevalencia de la enfermedad o si actúa a través de asociación con hipertensión ocular o radios de excavaciones de nervios mayores.

HERENCIA

Parece que el G.C.S. posee un componente genético o familiar. Se reportan patrones autosómicos dominantes, autosómicos recesivos y ligados al cromosoma sexual. La mayoría de autoridades creen que la influencia genética sucede a través de transmisión poligénica y multifactorial.

FACTORES SISTEMICOS

El G.C.S. se ha asociado a desordenes vasculares y endócrinos. Existe más prevalencia en pacientes con diabetes mellitus; la explicación a esto es oscura.

Otros investigadores reclaman asociaciones con enfermedad tiroidea. También se estudia la función de los corticosteroides y las vasculopatías como generadores de G.C.S.

FISIOPATOLOGIA

La discusión del GCS se centra en lo siguiente:

1. Porque la PIO se eleva? y
2. Porque el nervio progresa a atrofia y excavación?

TEORIA DEL AUMENTO DE LA PIO**DISMINUCION DEL FLUJO DEL HUMOR ACUOSO**

Se acepta en términos generales que la PIO se eleva cuando disminuye el flujo de H.A. Estos reportes se basan en estimaciones tonográficas de producción de H.A. más que en Fluorofotometría. Si existe la entidad de hipersecreción, esta es extraordinariamente rara.

Se ha observado también que la resistencia a la salida del flujo en glaucoma, puede encontrarse en anomalías de la cámara anterior (CA) o el lumen del canal de Schlemm. Otras autoridades hablan del prolapso de la malla trabecular al canal de Schlemm. No hay evidencias de esto último.

Se propone también obstrucción a nivel de los vasos colectores intraesclerales por acúmulo de glucosaminoglicanos.

Adicionalmente se ha pensado que la resistencia al flujo obedece a alteración en el endotelio que recubre la malla trabecular; a este respecto existen más de 4 teorías probables.

METABOLISMO ESTEROIDEO ALTERADO

Tan pronto se descubrió el aumento de la PIO inducido por el uso de corticosteroides, se propuso que este aumento de presión era de origen hereditario, y el carácter hereditario era el mismo o muy cercano al del GCS.

La hipótesis planteada se refiere a la sensibilidad generalizada a los corticosteroides en pacientes con glaucoma crónico simple.

Investigadores proponen que los esteroides endógenos alteran la función de la malla trabecular por alteración del metabolismo de prostaglandinas y el catabolismo del glucosaminoglicanos, liberación de enzimas lisosómicas, síntesis de AMPc o inhibición de fagocitosis.

DISFUSION DEL CONTROL ADRENERGICO

Muy de moda como la anterior. Otras autoridades proponen que la disminución de salida del flujo del H.A. se debe al aumento de la sensibilidad a los agonistas adrenérgicos. Se necesitan estudios adicionales que respalden esta teoría.

PROCESO INMUNOLOGICO ANORMAL

Incremento de niveles de gama globulina en células plasmáticas se ha encontrado en la malla trabecular de pacientes con glaucoma crónico simple. Pero no hay prevalencia alta de anticuerpos antinucleares.

DAÑO OXIDATIVO

Más recientemente se ha considerado que la malla trabecular pueda alterarse por insulto oxidativo.

La malla contiene glutatión que protege al endotelio de peróxidos.

La hipótesis es interesante y falta tener más evidencia para poder descartarla o aceptarla.

TEORIAS DEL DAÑO AL NERVIÓ OPTICO

Estudios histológicos demuestran la pérdida de los tres elementos del disco: axones, vasos sanguíneos y células gliales.

La mayoría de autoridades creen que el sitio de lesión glaucomatosa es en la Lámina Cribosa, la cual es una estructura rígida que rodea los paquetes densos de axones, y sirve de división entre el espacio intraocular de alta presión y el espacio subaracnoideo de baja presión. En glaucoma la lámina se comprime tempranamente; y más tardíamente las láminas se fusionan y se colapsan.

TEORIA MECANICA

Esta teoría propone que la PIO elevada daña y luego destruye los axones en la lámina Cribosa. Se ha encontrado que la alta presión interfiere con el flujo axoplásmico.

TEORIA ISQUEMICA

Esta teoría propone que la PIO elevada produce isquemia relativa que eventualmente destruirá la cabeza del nervio óptico.

CARACTERISTICAS CLINICAS**SINTOMAS**

La enfermedad es insidiosa; esto se refiere a que los pacientes son asintomáticos hasta estadíos tardíos de la enfermedad. Existen excepciones; encontramos pacientes que refieren escotomas, visión borrosa, visión en halo, e incomodidad.

SIGNOS

Generalmente es bilateral, pero asimétrica. Se encuentran PIO en rangos de 22 a 40 mm de Hg; ocasionalmente más alta. Debemos aclarar que la PIO es fluctuante a través del día en personas normales y en glaucomatosos la fluctuación es más amplia.

Reacción pupilar aferente puede ser vista en glaucoma asimétrico o unilateral.

La gonioscopia reporta ángulos abiertos de aspectos normales; ocasionalmente pueden estar algo estrechos pero no hay sinéquias anteriores, ni aposición del iris con la malla trabecular; no hay desarrollo de anomalías del ángulo.

A menudo se encuentra pigmentación en la malla trabecular que es proporcional a la edad y la raza.

Pigmentación profunda indica otro tipo de glaucoma. Los hallazgos cruciales en el glaucoma crónico simple son alteraciones en el nervio óptico y en los campos visuales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se incluyen las condiciones que pueden imitar cualquiera de las características principales del glaucoma crónico simple como lo son elevación de la PIO; atrofia o excavación del disco óptico, pérdida de campos visuales.

Se debe diferenciar este tipo de glaucoma con glaucomas secundarios que incluyen dispersión pigmentaria, pseudoexfoliación, glaucoma de cierre angular subagudo, elevación de la presión venosa episcleral, síndrome de Axenfeld o Rieger, secundario al uso de esteroides.

La excavación del disco se puede encontrar en neuropatía isquémica óptica anterior, así como compresión del nervio óptico. Muy raro son los agujeros del nervio o colobomas.

Muchas condiciones pueden ocasionar pérdidas de campos visuales incluyendo aquellas que se caracterizan por escotoma arcuato o lesiones del haz papilo-macular.

TRATAMIENTO

INDICACIONES

Generalmente se inicia tratamiento cuando los pacientes tienen manifestaciones de glaucoma clásicos: pérdida de campos visuales, excavación del disco óptico y aumento de la PIO.

Otras indicaciones incluyen excavación progresiva del disco óptico sin pérdida detectable de campos visuales, pérdida de campos visuales, episodios de edema corneal secundario a elevaciones de la PIO y oclusión vascular con elevación de la PIO.

En glaucoma asimétrico el otro ojo se trata agresivamente porque tiene 45% de posibilidades de desarrollar pérdida de campos visuales en 5 años. El objetivo de esto es evitar o prevenir el daño glaucomatoso.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

No existe un procedimiento definitivo para el glaucoma crónico simple; así pues están destinados a ayudar a controlar la enfermedad.

El tratamiento intenta detener el progreso de la enfermedad o en otros casos mantener una buena visión para el resto de los días del paciente. El objetivo es disminuir la PIO. Es imposible determinar a priori el nivel de PIO que es necesario para estabilizar al paciente.

Algunos pacientes sufren daño severo a 16 mm Hg y otros toleran 40 mm Hg.

Otro objetivo es mantener la calidad de vida del paciente. El tratamiento debe seleccionarse para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos y ocasionar problemas a los pacientes en la forma mínima posible.

Este abordaje puede aumentar la colaboración del paciente, en cuanto al cumplimiento de la medicación y las recomendaciones.

FORMAS DE TRATAMIENTO

La progresión usual del tratamiento del glaucoma crónico simple es primero la terapia médica seguida de trabeculoplastia con laser y por último la cirugía filtrante. Existen diferentes opiniones en cuanto a comparar las diferentes modalidades así como de los momentos más apropiados para realizar determinado tratamiento, especialmente la decisión de cirugía filtrante temprana o tardía; si bien la cirugía es más efectiva en el control de la PIO también es más cataratogénica.

En general el oftalmólogo debe prescribir la o las drogas más seguras para el paciente en las dosis más bajas necesarias para mantener la PIO en los niveles deseados.

Cuando el tratamiento médico falla, el paso a seguir es la trabeculoplastia con laser, la cual disminuye la PIO en 70 - 80% de los pacientes, aunque la mayoría de ellos continuarán necesitando del tratamiento médico.

Si aún así la PIO no se controla adecuadamente el paso siguiente es la operación filtrante la cual controla la PIO en 80% de los pacientes. Si después de uno o dos procedimientos de estos han fallado, los clínicos recomiendan otra cirugía filtrante con inhibidores de la cicatrización de heridas o el uso de artefactos como los implantes de Molteno. Y ultimamente se describe la crioterapia del cuerpo ciliar o ablación con YAG laser del cuerpo ciliar.

PRONOSTICO

El pronóstico del glaucoma crónico simple depende de:

- a) El grado de daño al nervio óptico;
- b) El nivel de elevación de la PIO;
- c) La vulnerabilidad del tejido del disco;
- d) La presencia de enfermedad vascular sistémica;
- e) La complejidad del tratamiento;
- f) El cumplimiento de horarios apropiados del tratamiento.

Los clínicos han observado que pacientes con escavaciones avanzadas tienen peor pronóstico o sea que un disco dañado es más susceptible a más daño. En estos casos es necesario niveles de PIO muy bajas para estabilizar la enfermedad.

Muy pocas autoridades creen que el tratamiento no altera la historia natural de la enfermedad, aunque la mayoría creen que controlando la PIO se estabiliza la enfermedad o detiene el curso en la mayoría de pacientes.

SEGUIMIENTO

FACILITANDO LA COMPRESION EN LA TERAPIA DEL GLAUCOMA

La progresión de glaucoma durante la terapia es común y lleva al médico a prescribir más drogas, más potentes y más tóxicas. Esto muchas veces no se debe a la ineffectividad de las drogas sino a la falta de comprensión del paciente.

La no comprensión ha sido probada ser el mayor obstáculo en el manejo del glaucoma.

Un buen resultado depende de la seguridad y eficacia del uso de los medicamentos.

AREAS PROBLEMAS

1. Naturaleza de la enfermedad: el glaucoma es una enfermedad crónica en la que el tratamiento "parece" ser peor que la enfermedad. El GCS no produce dolor ni incomodidades inmediatas; es "libre de síntomas" lo cual produce poca motivación para seguir regímenes de por vida, además que no mejora y puede ser caro.

2. Ineficiencia de Medicación: períodos inadecuados, técnica inadecuada y uso excesivo de medicamento. Monitores electrónicos han comprobado la anterior aseveración, test químico de sangre, videotapes refuerzan este hallazgo.

3. Olvido de dosis: 28-58% de los pacientes admiten olvidar regularmente alguna dosis diaria. 44% olvidan 10% de la dosis prescrita, 20% olvidan 20% de la dosis, 54% fueron dosis matutinas.

4. Sobreestimación del médico en cuanto a su adherencia de los pacientes al régimen.

También reforzado con estudios con monitores electrónicos que demuestran que los médicos sobreestiman 50% a los pacientes creyendoles más firmes en sus regímenes.

5. Sobreutilización de medicamentos: 37% de pacientes se aplican más de una gota en cada turno prescrito.

6. 50% de los pacientes tocan tejido periocular con el gotero lo cual la contamina y transforma en Isopilocarpina a su lisis a ácido pilocartínico, que no tiene efecto miótico.

7. Ningún paciente se obstruye el punto lagrimal ni mantiene cubierto el ojo después de colocar la gota.

8. Otras variables incluyen: efectos secundarios, complejidad del tratamiento, pobre relación médico-paciente, pérdida visual, etc.

EDUCANDO AL PACIENTE

Los pacientes no entienden su enfermedad y el conocimiento de las drogas a menudo es inadecuado y mal interpretado.

Es necesario mejorar la comprensión de los pacientes. Se ha utilizado videos educativos y ha mejorado la comprensión de los pacientes (se redujo a la mitad las dosis olvidadas).

Obviamente los oftalmólogos no dan a su paciente el tiempo necesario para realizar el plan educacional. Esto se puede resolver con videos de 10 minutos presentando las bases de la enfermedad y el tratamiento. El film es reforzado con folletos en el cual se anota su horario, medicamentos, dosis y problemas encontrados, efectos secundarios.

También puede reforzarse con asistentes de médicos que refuercen la información. Estos debidamente entrenados.

COMO APLICAR MEDICAMENTOS

El oftalmólogo u otro personal debe trabajar con el paciente hasta que esté seguro que se aplica adecuadamente los medicamentos.

Se debe instruir al paciente de jalar el párpado inferior hacia abajo y exponer el fondo de saco inferior, luego decir que mire directamente el gotero y entonces aplicar la gota. Sin tocar pestañas, párpado y el ojo.

Si el paciente tiene sensibilidad, se le puede indicar que enfríe la gota en el refrigerador; esto la hace más tolerable. Se le debe informar que es importante que no toque nunca los tejidos perioculares. Luego se debe apretar el saco lagrimal para disminuir la absorción sistémica del medicamento aumentando el tiempo de exposición o de contacto con el ojo.

Después de esto debe observarse en citas siguientes, si la técnica es apropiada y corregir los errores.

CUANDO APLICAR MEDICAMENTOS

Lograr que un paciente ingrese a una rutina diaria, hace la "GRAN DIFERENCIA" en los resultados.

Debe tomarse en cuenta el tiempo que tarda una persona en hacer un hábito y asociarlo a las actividades del quehacer diario; ejemplo: al levantarse en la mañana, al ir al trabajo, al regresar a casa del trabajo o al irse a la cama. Es mucho mejor aplicarse el medicamento antes de esa rutina diaria.

Debe hacerse entender que los horarios son estrictos, ejemplo: dos veces al día significa cada 12 horas.

También debe hacerse claro que cuando se usan 2 o más medicamentos estos deben espaciarse 5-10 minutos entre gota y gota.

Debe tratarse de usar regímenes más largos, es mejor dos veces al día que cuatro veces al día.

ESTABLECIENDO LA DOSIS

Aunque los oftalmólogos no son médicos de atención primaria, si reconocen los efectos sistémicos de los medicamentos. Muchos pacientes no le cuenta al oftalmólogo que tiene diarrea y muchas veces las gotas oftálmicas pueden provocarla. Desafortunadamente el médico de atención primaria no preguntan tampoco por medicamnetos en presentación de gotas tópicas. Los oftalmólogos deben preguntar sobre efectos gastrointestinales con el uso de yoduro de fosfolina.

Otro efecto importante es la Hipokalemia debido a la Acetazolamida o Tiazidas. Así, los oftalmólogos deberían ser vigilantes de la salud integral del paciente.

Los registros deberían tener el nombre y dirección del médico de cabecera.

Se debe adelantar a los efectos secundarios de los medicamentos; se debería informar al médico de cabecera los posibles efectos secundarios o por lo menos informar al paciente de estos posibles efectos, especialmente con Inhibidores de la anhidrasa carbónica, beta bloqueadores, agentes adrenérgicos, anticolinesterasas, especialmente en pacientes geriátricos.

Si se mejora la relación con el médico de cabecera será más fácil seleccionar los medicamentos.

También se pueden presentar reacciones alérgicas a nivel local, generalmente la causa es el agente preservante.

Reacciones nasales mejoran si se ocluye el saco lagrimal a momento de la instilación.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

La aceptación y entendimiento del glaucoma y su tratamiento es un proceso gradual. Debe esperarse cierta cantidad d escepticismo.

La mayoría de pacientes son asintomáticos; no hay mejoría sintomática con los medicamentos; los cuales producen síntomas secundarios y además cuestan dinero.

Los oftalmólogos debería repetir y revisar las técnicas de aplicación de administración de las gotas tópicas cuando el paciente reconsulta. El reforzamiento gentil evita los errores más comunes.

Este proceso continuo de educación, supervisión, reforzamiento inspira más aceptación. Se concluye que mejorando la relación médico paciente llevará a mejorar el resultado final.

ASPECTOS METODOLOGICOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACION Y UNIDAD DE OBSERVACION

Pacientes con GCS atendidos y controlados en servicio de glaucoma del Hospital Roosevelt.

Todo paciente nuevo o que tuvo su primera consulta dentro de los cuatro meses anteriores a la fecha de la encuesta. Pacientes con muchas consultas pueden ocasionar alteración en la información.

FUENTE DE INFORMACION

Primaria; los pacientes con GCS fueron sometidos a entrevista.

ESTRATEGIA METODOLOGICA

Se aplicó un instrumento (encuesta) a pacientes con GCS en tres tiempos:

1. tiempo 0, pacientes que no pertenecían al programa de glaucoma antes de efectuar su consulta en la clínica de glaucoma, antes de cuatro meses.
2. tiempo 1, se les pasó el mismo cuestionario 30 minutos a 2 horas después de salir de su consulta de la clínica de glaucoma.
3. tiempo 2, se citó a estos paciente 3 meses después y se les aplicara el mismo instrumento.

El instrumento de recolección de la información fué llenado por el autor del trabajo unicamente (en los tres momentos).

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

A estos pacientes se les identificó y sometió al llenado de instrumentos antes de iniciar alguna actividad diagnóstica o terapéutica.

Se les citó en los períodos correspondientes al estudio para que llenaran sus respectivas fichas de tiempo 1 y 2 señaladas anteriormente.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Por el volumen de datos que se obtuvieron y, el número de variables, se utilizó programas de computación que permitieron grabar y verificar datos, así como ayudar a la presentación de tablas de resultado. Programas utilizados: Epi Info 6, Microsoft Word, Page Maker 4.

PLAN DE INTERPRETACION DE DATOS

Se realizó análisis que corresponde a estudios decriptivos: tablas simples. Cuando fué necesario medidas de tendencia central; medidas de distribución si fueran variables cuantitativas.

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA
1	Definición de Glaucoma	Aumento de la presión intraocular	Aumento de la presión del ojo
2	Daño que produce el glaucoma	Lesión isquémico compresiva que sufre el N.O. a nivel de placa cribosa	Muerte y/o daño al nervio del ojo
3	Manifestación del glaucoma	Alteración o reducción de campos visuales y/o mancha ciega hasta llegar a la ceguera	Disminución de lo que se mira como "ver por un tubo" hasta quedar ciego o sin luz.
4	Medidas de tratamiento del glaucoma	Toda droga instalada tópicamente y/o vía oral que se administra con el fin de disminuir la PIO.	Gotas o pastillas que se utilizan para tratamiento de la presión del ojo.
5	Consecuencias de no llevar el tratamiento adecuadamente	Aumento de la PIO y riesgo de daño al N.O.	Incremento de presión del ojo al dejar tratamiento y posibilidad de quedar ciego.
6	Importancia de llevar el tratamiento adecuado	Posibilidad de permanecer con la visión que tiene si lleva el tratamiento, ceguera si no lo sigue.	Idem.
7	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad en años referida por el paciente
8	Sexo	Estado natural de femenino o masculino	Idem
9	Raza	Grupo lingüístico a que pertenece su lenguaje materno.	Idioma que refiere hablar el paciente.
10	Religión	Credo que profesa una persona	Credo que refiere el paciente tener.
11	Procedencia	Lugar donde nació.	Lugar donde refiere haber nacido.
12	Domicilio	Lugar donde usualmente radica	Lugar donde el paciente refiere vivir.
13	Ocupación	Oficio o profesión que ejerce.	Idem.
14	Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	Idem.

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA
15	Condición relativa del paciente en Clínica	Condición relativa del paciente en Clínica	Idem.
16	Antecedentes de recibir tratamiento en otro centro	Antecedentes de recibir tratamiento en otro centro	Idem.
17	Persona que administró el tratamiento	Persona que usualmente administró el tratamiento	Idem.
18	Cantidad del mensaje	Capacidad de transmitir mensaje en forma apropiada.	Idem.
19	Tiempo utilizado para transmitir el mensaje	Cantidad de tiempo en forma cualitativa utilizada para dar el mensaje.	Idem.
20	Certeza que el paciente entendió	Posibilidad de asegurarse que el paciente entendió la información	Idem.
21	Período de consulta en que se dio la información	Hora en que se brindó la atención	Idem.
22	Actitud del Emisor	Actitud que asumió la persona que le dio la información durante la atención en clínica	Idem.
23	Persona que dio información	- Grado a que pertenece la persona que le dio la atención. - Sexo a que pertenece la persona que le dio la información	Idem.

RESUMEN DE VARIABLES

INDEPENDIENTES

Edad

Tiempo de padecer glaucoma

Sexo

Raza

Religión

Procedencia

Domicilio

Ocupación

Escolaridad

Condición relativa del paciente en la clínica

Antecedentes de tratamiento en otro centro

Persona que administra el tratamiento

Claridad del mensaje

Tiempo utilizado

Certeza que el paciente entendió

Actitud del Emisor (informante)

Persona que dió la información

Hora del día en que se efectuó la consulta

DEPENDIENTES

Definición de glaucoma

Daño que produce el GCS

Manifestación del GCS

Consecuencias de llevar el tratamiento

Importancia de llevar el tratamiento

CRUCES DE VARIABLES

Edad

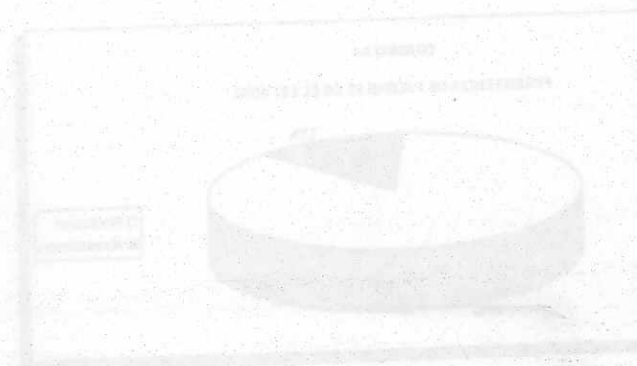
Sexo

X

Variables Dependientes

Raza

Escolaridad



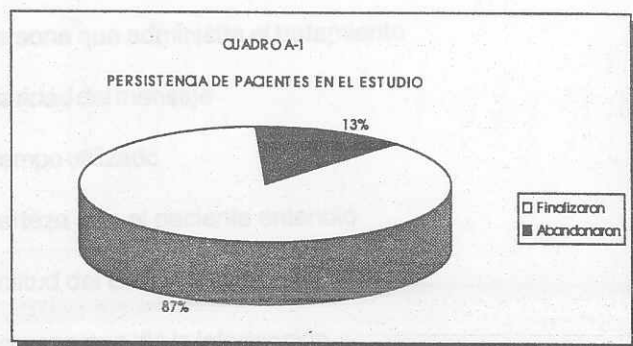
PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el estudio, los cuales están divididos en tres secciones:

- A. Sección de Datos Generales
- B. Sección de Conocimientos
- C. Sección de la Entrevista y el Entrevistador.

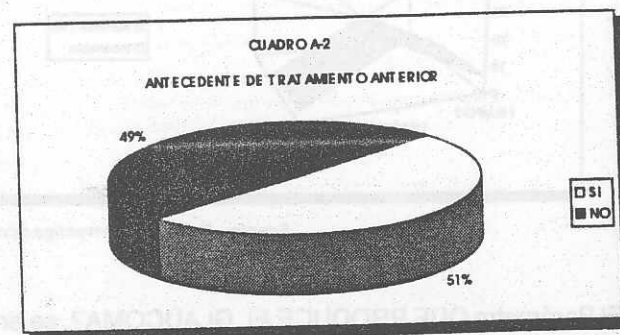
El estudio en la sección de Datos Generales arrojó lo siguiente:

La edad de los pacientes es de 65.9 años entre los rangos de 40 y 87 años. El 53.3% (24 casos son del sexo Femenino; 11.1% hablan alguna lengua Maya. El 33.3% Procedían del Departamento de Guatemala, pero el 73.3% vivían permanentemente en el departamento de Guatemala, el resto no emigró y vivían en el interior del país en departamentos cercanos o medianamente lejanos, ningún paciente procedía de departamentos lejanos como Petén, Huehuetenango, Izabal. 42.2% no fueron a la escuela en ningún momento de su vida, un 31.1% adicional inició pero no completó la Primaria, solo un 15% completo la Primaria; Solo un paciente termino el Diversificado. El 48.9% se dedican a Oficios domésticos, un 17.8% se dedican ala agricultura, y 13.3% al comercio, obreros, subempleados, solo 2.2% es Perito Contador.



Fuente: Boleta de Investigación

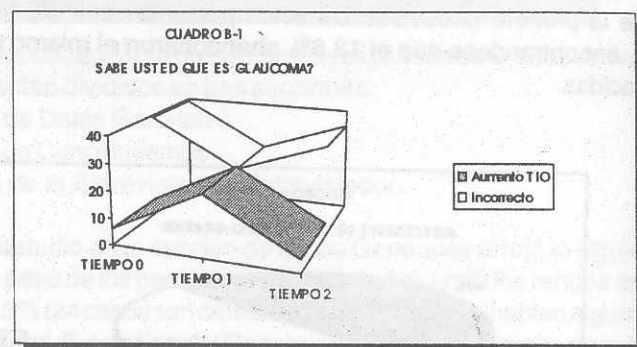
En los tres meses iniciales que duró la Fase de Admisión de Pacientes, ingresaron al estudio un total de 45 personas con Diagnóstico de Glaucoma Crónico Simple. El Diagnóstico fué realizado dentro de un límite de tres meses antes de la primera entrevista. De estos pacientes solo 39 finalizaron el estudio, encontrándose que el 13.6% abandonaron el mismo por razones desconocidas.



Fuente: Boleta de Investigación

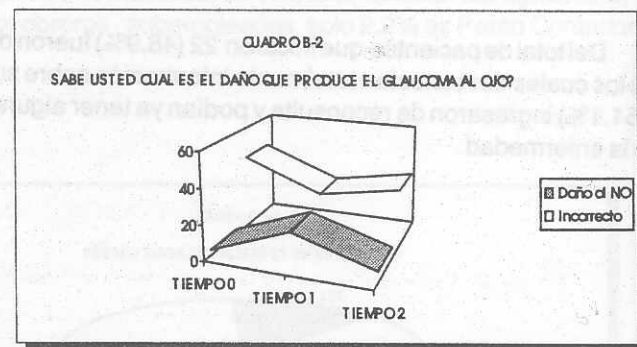
Del total de pacientes que iniciaron 22 (48.9%) fueron de diagnóstico In Situ los cuales desconocían totalmente información sobre su enfermedad y 23 (51.1%) ingresaron de reconsulta y podían ya tener alguna información sobre la enfermedad.

A continuación se presenta la Sección de Conocimientos de la Enfermedad:



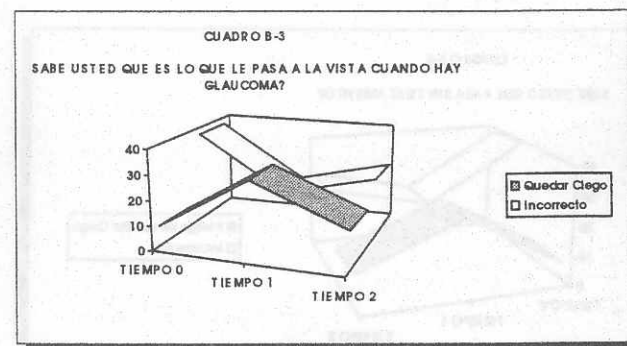
Fuente: Boleta de Investigación

El Parámetro QUE PRODUCE EL GLAUCOMA?, se encontró una elevación de la respuesta correcta de 13.3% a 51% del Tiempo 0 al Tiempo 1 y luego un descenso al 12.8% al Tiempo 2, por debajo del nivel basal.



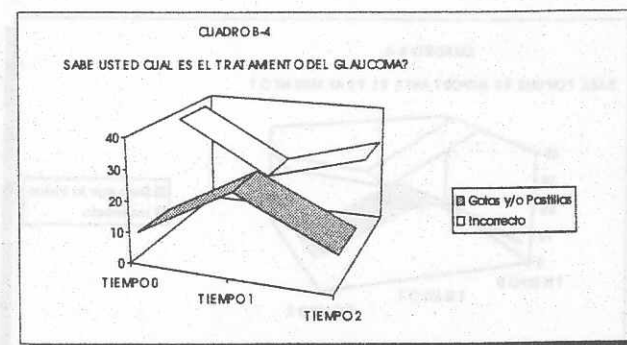
Fuente: Boleta de Investigación

El Parámetro CUAL ES EL DAÑO QUE PRODUCE EL GLAUCOMA AL OJO?, se encontró una elevación del 6.7% al 44.4% y luego un descenso al 15.4% a los tres meses.



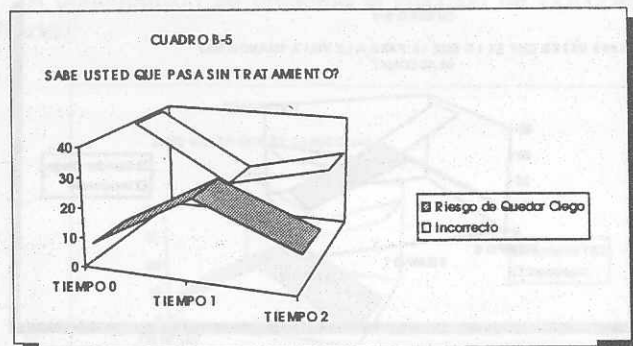
Fuente: Boleta de Investigación

El Parámetro QUE ES LO QUE LE PASA A LA VISTA CUANDO HAY GLAUCOMA?, se encontró elevación del 17.8% al 66.7% y a los tres meses un descenso al 38.5%.



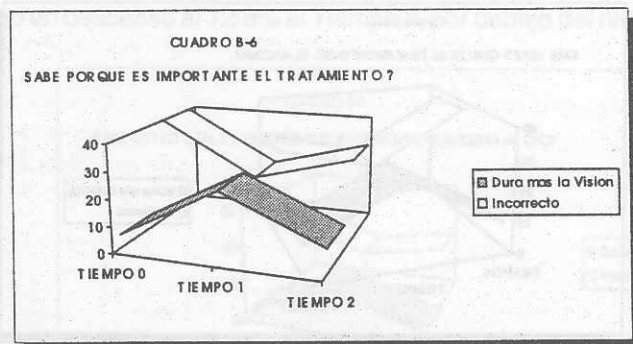
Fuente: Boleta de Investigación

El Parámetro CUAL ES EL TRATAMIENTO?, de igual manera se presenta con una elevación inicial del 17.8% al 55.6% en forma inmediata y un descenso posterior al 25.6%.



Fuente: Boleta de Investigación

El Parámetro QUE PASA SI NO SE PONE EL TRATAMIENTO?, igualmente se inicia con una elevación de la respuesta correcta de 13.3% a 55.6% con un descenso posterior al 28.2%.



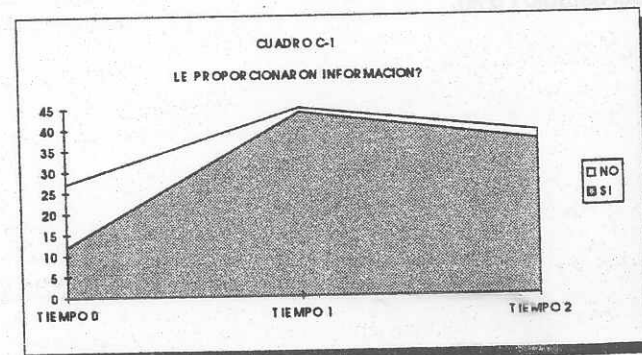
Fuente: Boleta de Investigación

El último Parámetro IMPORTANCIA DE PONERSE EL TRATAMIENTO?, el porcentaje subió de 11.1% a 55.6% después de la entrevista con descenso al 23.1% a los tres meses.

En general los seis parámetros se inician en Percentiles bajos de 6.7% a 17.8% y se elevan a 44.4% y 66.7% y luego bajan, incluso en un parámetro por debajo del nivel basal, mientras que los otros muestran una ligera elevación de la respuesta correcta por encima del nivel basal (entre un 9% e 15%), ubicándose cerca del Percentil 25 con rango del 15.4% al 38.5% (e resto 23%, 25%, 28%). El Parámetro que mas se vió afectado por el tiempo es QUE PRODUCE EL GLAUCOMA? así como CUAL ES EL DAÑO QUE PRODUCE EL GLAUCOMA AL OJO?, y el que menos se vió afectado por el tiempo es QUE ES LO QUE LE PASA A LA VISTA CUANDO HAY GLAUCOMA?, el cual mejoró el nivel de respuesta correcta un 20% por arriba del nivel basal (colocándose en un 38.5%). Los tres Parámetros de TRATAMIENTO se comportaron en forma muy similar en su inicio en su alzada (55.6% de respuesta correcta los tres parámetros) y su descenso, ubicándose en forma similar en el Percentil 25 de respuesta correcta a los tres meses.

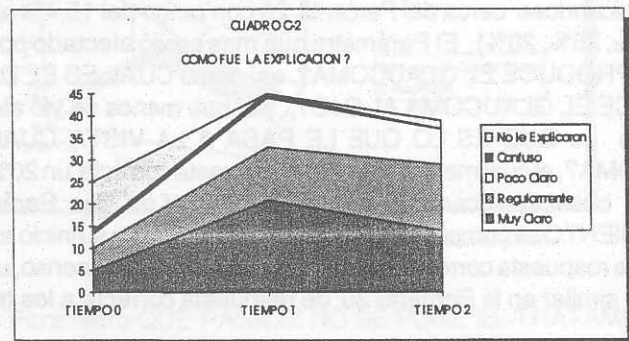
Los niveles de Respuesta Correcta parecen no tener ninguna relación estadística con ninguna variable incluyendo antecedente de tratamiento anterior u otros, sino, al estadio avanzado de la enfermedad ya que estos pacientes ya tienen un ojo ciego o con muy mala visión. Recordemos que la enfermedad es bilateral pero no simétrica y que los pacientes fueron admitidos en el protocolo de estudio independientemente del estadio de su enfermedad.

En la tercera sección que se refiere a la Entrevista y el Entrevistador se encontró lo siguiente:



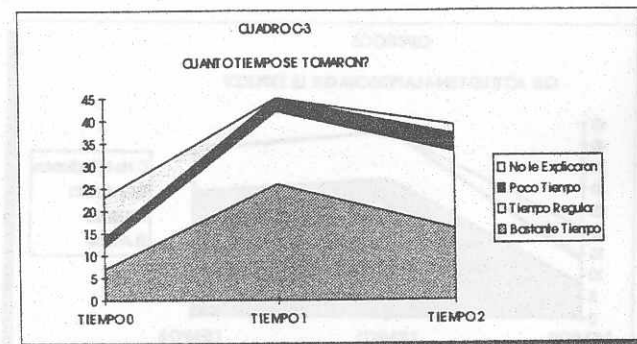
Fuente: Boleta de Investigación

Un 97.8% y un 94.9% indicó si SE LE EXPLICÓ sobre su enfermedad tanto a tiempo 1 como al 2.



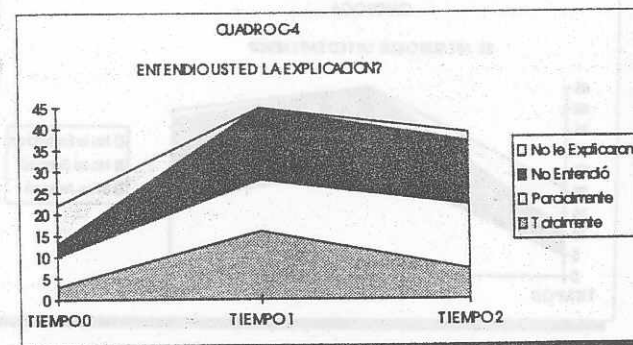
Fuente: Boleta de Investigación

Acerca de COMO FUE LA EXPLICACION, se encontró que la categoría Muy Claro es la de preferencia al tiempo 1 con un 46.7% que bajó a 35.9% a los tres meses la categoría Regulamente Claro subió de 26.7% a 38.5%, Poco Claro descendió de 24.4% a 20%; hay un claro traslado de opinión de Muy Claro a Regulamente Claro; Dos pacientes afirmaron No haber recibido ninguna información a los tres meses y que no lo afirmaron al inicio del estudio (5%).



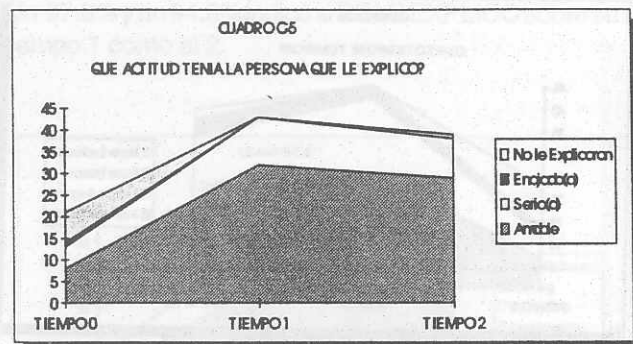
Fuente: Boleta de Investigación

Respecto al TIEMPO UTILIZADO EN LA EXPLICACION, un 57.8% admitió que es Bastante tiempo para la explicación, valor que descendió a 41% a los tres meses, Tiempo Regular y Poco Tiempo cambiaron de 35.6% y 6.7% a 43.6% y 10.3% respectivamente, observándose un traslado de opinión hacia Tiempo Regular y Poco Tiempo a los tres meses.



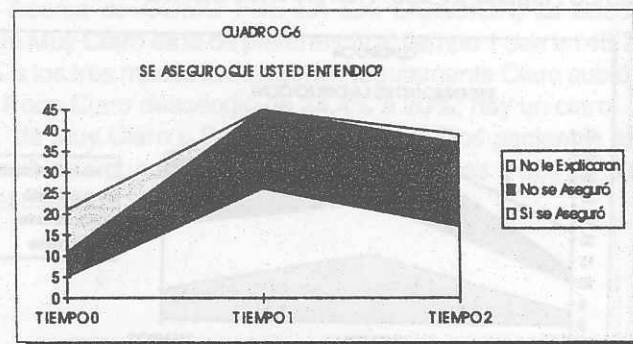
Fuente: Boleta de Investigación

De igual manera pasa con ENTENDIO LA EXPLICACION, en que la categoría Totalmente descendió de 35.6% a 17.9% mientras que Parcialmente subió de 26.7% al 37.8%, No Entendió se quedó con 37.8% en tiempo 1 y 2; hubo traslado evidente de Totalmente a Parcialmente.



Fuente: Boleta de Investigación

En cuanto QUE ACTITUD TENIA LA PERSONA QUE LE EXPLICÓ, se puede decir que no hubo cambio de opinión quedando Amable con 71.1% y 74% y Serio con 24.4% y 23.1% en tiempo 1 y 2 respectivamente.



Fuente: Boleta de Investigación

SE ASEGURÓ SI ENTENDIÓ, demostró un cambio de opinión así: Si se Aseguró descendió de 57.8% a 43.6% y No se Aseguró un alza de 42.2% a 51.3%, el resto afirmaron que no se le dio alguna explicación.

Otros datos arrojados son los siguientes: un solo paciente preguntó alguna duda a la cual se le dió respuesta. El sexo del entrevistador es Masculino en 90% y 97% de los casos en tiempo 1 y 2. Residentes de Tercer Año dieron las explicaciones en 77.8% y 94.9% a tiempo 1 y 2 respectivamente. El 60% de las encuestas se realizaron entre 10:00 y 13:00 horas, 34% antes de las 10:00 horas y 3% después de las 13:00 horas.

No se realizó Tratamiento Estadístico mas elaborado por la razón de haber admitido número reducido de pacientes y por Abandono de pacientes al estudio de 13.6% por razones desconocidas y que se considera Elevado estadísticamente.

Complementariamente si extendíamos mucho los períodos de entrevistas corrimos el riesgo de aumentar el porcentaje de abandono. Si realizamos cruces con estos datos corremos el riesgo de caer en Conclusiones no totalmente acertadas.

DISCUSION

Este trabajo está considerado como una investigación aplicada al campo de la salud; tiene escasos o nulos antecedentes a nivel nacional como a nivel extranjero. El trabajo está diseñado para evaluar cuales son las condiciones que pudieran afectar el conocimiento y su recuerdo de los pacientes con GCS, así como el efecto del tiempo sobre los conocimientos de la enfermedad en el proceso de la atención clínica de los pacientes en las clínicas respectivas.

Se debe aclarar que este trabajo sólo es el inicio de una posible serie de estudios. En el presente trabajo se concentró en definir las características del fenómeno en estudio.

Se pueden señalar algunos aspectos relacionados con la pregunta PORQUE OLVIDAN LOS PACIENTES?: se observó que a través del estudio que el recuerdo de los conocimientos, se inician en puntos bajos de certeza que se alzan a puntos mucho mas elevados inmediatamente después de brindada la atención con el componente educativo; para luego descender a niveles bajos muy similares a los iniciales.

Es importante mencionar que las entrevistas en los tres tiempos fueron realizadas con el mismo instrumento, lo cual nos hace pensar que el recuerdo de los conocimientos se debe a Efecto de Recordatorio por Instrumento, y los porcentajes de certeza en los cuestionarios pudieran incluso ser aún mucho menores de los encontrados posteriormente. Esto nos hace pensar en el alza de porcentajes de certeza inmediatamente después de la atención. Si es efecto propio del aprendizaje, o bien se debe a este fenómeno de recordatorio por instrumento.

Otro aspecto importante es la consideración a priori de que los conocimientos sobre GCS son de difícil comprensión, pero es esto completamente cierto?, ó será necesario comparar este tipo de conocimientos con otros que pudieran considerarse de fácil comprensión? ó será necesario hacer comparaciones entre grupos más heterogeneos con uno o más "clases de conocimiento" en cuanto a dificultad de comprensión se refiere; así como definir diferencias en grupos sociales diferentes en cuanto a aspectos culturales, sociales y otros?

Las atenciones fueron servidas por un Médico-Residente de oftalmología del último año, quien transmitió los conocimientos sobre la enfermedad a los pacientes que ingresaron al estudio, pero cabe señalar si esto es suficiente ó el informante debe recibir algún tipo de adiestramiento para poder ser mas eficiente en la transmisión de la información?.

Por último cabe señalar que el diseño del estudio esta dirigido para evaluar un solo acto educativo, vale la pena preguntarse, Cual será el resultado de evaluar recuerdo de conocimientos si en un mismo período los pacientes reciben repeticiones frecuentes de los conocimientos relacionados con su enfermedad? también nos preguntamos como serían los resultados al hacer evaluaciones cruzadas con mas de un instrumento de recolección de información con el fin de eliminar los efectos de recuerdo por instrumentos?.

CONCLUSIONES

Los efectos del tiempo sobre el Conocimiento de Glaucoma en pacientes con esa patología a los tres meses de recibido atención médica con el respectivo componente educativo se resume así:

Ninguna variable relacionada con el paciente afectado tuvo algún efecto sobre el comportamiento del Olvido de los conocimientos brindados, esto es: edad, sexo, raza, religión, escolaridad, procedencia, domicilio etc.

De los seis parámetros propios sobre Conocimiento en los pacientes afectados, se puede afirmar que todos inician con un porcentaje de certeza que se consideran bajos; este porcentaje de certeza se eleva inmediatamente después de la atención médica y vuelve a disminuir en forma importante después de transcurridos tres meses. De los seis parámetros, los más afectados son los que se relacionan a aspectos conceptuales del Glaucoma es decir: QUE ES GLAUCOMA? y CUAL ES EL DAÑO QUE PRODUCE EL GLAUCOMA AL OJO?. El parámetro que menos se afectó en el transcurso del tiempo se relaciona a los efectos del Glaucoma, es decir QUE LE PASA A LA VISION CUANDO SE PADECE GLAUCOMA?, que a los tres meses perduraba el recuerdo en 38.5% de certeza; este parámetro puede estar relacionado con el Estadío de la enfermedad al momento del Diagnóstico, cuando es tardío (Variable Interviniente).

Por otro lado, las variables relacionadas con La Entrevista y El Médico quien sirvió la atención con el componente educativo tampoco tuvieron incidencia en el comportamiento del Conocimiento recibido y su permanencia en el recuerdo; esdto son: tiempo de la atención, claridad de la misma, sexo y nivel de residencia del médico, hora del día, etc.

Por lo tanto podemos afirmar que los Conocimientos sobre Glaucoma tienen tendencia a Olvidarse conforme pasa el tiempo; excepto en aquellas personas que tienen glaucomas avanzados que ya tienen efecto sustancial de pérdida visual en uno o ambos ojos.

Este problema es de comportamiento muy similar en casi todos los países, ya que la enfermedad en estadío temprano es asintomática y los conceptos de la enfermedad son lo suficientemente complicados y difíciles para toda persona no relacionada con el área de la salud. Se reportan índices de abandono del tratamiento y consultas en todo el mundo en forma similar.

RECOMENDACIONES

Es necesario implemetar formas de Apoyo Educativo sobre Glaucoma en forma continua y repetitiva para afianzar los conocimientos y evitar el Olvido por efecto del Tiempo . Estas acciones deberan realizarse a nivel hospitalario en las clínicas de Oftalmología con folletos ilustrativos sencillos . Alternativamente se podrán utilizar videoprogramas en las salas de espera con material audiovisual también sencillo que reforzaran continuamente el componente educativo de la atención médica recibida en su momento.

En los programas educativos en salud , las Autoridades sanitarias podrán agragar un componente relacionado con esta patología crónica de la visión , y así reforzar aún mas el conocimiento a niveles locales de atención primaria en todo el país.

El Departamento de Oftalmología podra realizar intervenciones experimentales educativas con estos aspectos con los folletos antes mencionado y los videoprogramas antes mencionado solos o combinados y reevaluar el comportamiento del Conocimiento en función del tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alraksien, J. Retinal Nerve Fiber Layer and Neuroretinal Rim Change in Ocular Hipertension and Early Glaucoma; Survey of Oftalmology Vol. 33 Suppl, April 1989.
- 2) Allen, J. Manual de las enfermedades de los ojos, Salvat Editores, Barcelona, España, 1976.
- 3) American Academy of Oftalmology; Basic and Clinical Science Course; Section 8; Glaucoma, Lens and Anterior Segment Trauma, 1988-1989.
- 4) Coburn A, R. Groos, Pseudo exfoliation Sindrome, Clinical Signs in Oftalmology, Vol. XII, Nº 3, 1990.
- 5) Drance, S. Psycophysical Change in Early Glaucoma; Survey of Oftalmology. Vol. 30; suppl, April 1989.
- 6) Ellis Ph; Farmacoterapia en Oftalmología; Manual Moderno S.A; México; 1987.
- 7) Glaucoma Laser Trial Research Group; The Glaucoma Laser Trial (GLT); Results of Argon Laser Trabeculoplasty versus Topical Medicines; Oftalmology, 1990, 97:1403-13.
- 8) Heijl, A; Visual Field Changes in Early Glaucoma and How to Recognize them; Survey of Oftalmology. Vol 33 suppl., April 1989.
- 9) Hoskins H; M, Kass; Becker - Shaffers's Diagnosis and Therapy of Glaucomas; Sixth Edition; The C.V. Mosby Company; 1989.

- 10) Jampel, H., Low. (Normal) Tension Glaucoma; Focal Points, - Clinical Modules for Ophthalmologist; Modulo 12, Vol. IX; Dec. 1991.
- 11) Leyidecker, W. Glaucomas en la Práctica; Editorial Toray S.A; 3ª Edición, Barcelona, España, 1981.
- 12) Minckler, D; Histology of Optic Nerve Damage in Ocular Hipertension and Early Glaucoma, Survey of Ophthalmology. Vol 33, Suppl, April 1989.
- 13) Pavan - Langston, D; Manual of Ocular Diagnosis and Therapy. 3er. Edition; Little Brown Spiral Manual, 1991.
- 14) Sommer, A; Epidemiology as it Relates to Screening for Glaucoma. Survey of Ophthalmology. Vol 33, Suppl, April 1989.
- 15) Vougham D, T, Asbury; General Ophthalmology. 8ª Edición, Manual Moderno, México, 1991.
- 16) Zimmerman, Th; Zalta; Facilitating Patient Compliance In Glaucoma Therapy; Survey of Ophtalmology, Vol. 28. Suppl, Dec. 1983.

ANEXO

Instrumento de Recolección de Datos
"Efecto del Tiempo en el Conocimiento sobre Glaucoma en Pacientes con Glaucoma Crónico Simple en Hospital Roosevelt"

A. Información General

1. Encuesta N°

2. N° de Expediente

3. Expediente de Glaucoma

4. Tiempo de la encuesta Pre Consulta 0
Post Consulta 1
3 meses o más 2

B. Información del paciente

5. Edad actual del paciente M = 1 F = 2

6. Sexo

7. Raza (lenguaje)

Castellano únicamente	1
Quiché	2
Mam	3
Cakchikel	4
Kecchi	5
Iz'utuli	6
Otro	7

8. Religión

Católico	1
Evangelico	2
Otras pccdentales	3
Maya	4
Enéctica	5
Ninguna	6

9. Prosecedencia

Guatemala	1
Secatepequez	2
Chimsitenango	3
Solola	4
Totonicapán	5
Quetzaltenango	6
Huehuetenango	7
Quiché	8
San Marcos	9
Alta Verapaz	10
Baja Verapaz	11
Progreso	12
Izabal	13
Peten	14
Zacapa	15
Jalapa	16
Chiquimula	17
Jutiapa	18
Santa Rosa	19
Escuintla	20
Retalhuleu	21
Suchitepéquez	22
Otro	23

10. Domicilio (donde vive)

Guatemala	1
Secatepequez	2
Chimsitenango	3
Solola	4
Totonicapán	5
Quetzaltenango	6
Huehuetenango	7
Quiché	8
San Marcos	9
Alta Verapaz	10
Baja Verapaz	11
Progreso	12
Izabal	13
Peten	14
Zacapa	15
Jalapa	16
Chiquimula	17

EFFECTO DEL TIEMPO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE GLAUCOMA
EN PACIENTES CON GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

11. Ocupación
- | | |
|---------------|----|
| Juliapa | 18 |
| Santa Rosa | 19 |
| Escuintla | 20 |
| Retalhuleu | 21 |
| Suchitepéquez | 22 |
| Otro | 23 |
12. Escolaridad
- | | |
|---------------------------|---|
| Ninguno | 1 |
| Primaria incompleta | 2 |
| Primaria completa | 3 |
| Secundaria incompleta | 4 |
| Secundaria completa | 5 |
| Diversificado | 6 |
| Profesional Universitario | 7 |
13. Condición relativa del paciente en clínica
- | | |
|---------------|---|
| Nuevo | 1 |
| Sub siguiente | 2 |
14. Antecedentes de tratamiento oftalmológico anterior
- | | |
|--------|--------|
| Si = 1 | No = 2 |
|--------|--------|
15. Persona que administra tratamiento
- | | |
|--------------------|-----------|
| Consorte | 1 |
| Hijo (a) | 2 |
| Nieto (a) | 3 |
| Sobrinio (a) | 4 |
| Alguien mismo (a) | 5 |
| otro | 6 definir |
| Ningún tratamiento | 7 |
- C. Conocimiento sobre Glaucoma Crónico Simple
16. Que es glaucoma para usted?
- | | |
|-------------------------------|---|
| aumento de la presión del ojo | 1 |
| otra incorrecta | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |
17. Sabe usted cual es el daño que produce el glaucoma en el ojo?
- | | |
|----------------------------------|---|
| daño o muerte del nervio del ojo | 1 |
| otra incorrecta | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |
18. Sabe usted que es lo que le pasa a la vista cuando una persona tiene glaucoma?
- | | |
|--|---|
| como ver en un tubo y/o hasta quedar ciego | 1 |
| otra incorrecta | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |
19. Sabe usted cual es el tratamiento para el glaucoma?
- | | |
|---|---|
| gotas y/o pastillas que disminuyen la presión del ojo | 1 |
| otro incorrecto | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |
20. Sabe que le pasa a un paciente que tiene glaucoma y no se pone el tratamiento (gotas y pastilla)?
- | | |
|---|---|
| aumento de la PIO y posibilidad de quedar ciego | 1 |
| otra incorrecta | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |

EFFECTO DEL TIEMPO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE GLAUCOMA
EN PACIENTES CON GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

21. Por qué cree usted que es importante ponerse el tratamiento todos los días como lo dijo el médico?
- | | |
|---------------------------|---|
| porque dura más la visión | 1 |
| otro incorrecto | 2 |
| no sabe / no contesta | 3 |
- D. Información de la persona que dió la información (atención)
22. Le proporcionan a usted explicación de su enfermedad?
- | | | |
|--------|--------|----------|
| Si = 1 | No = 2 | N.P. = 3 |
|--------|--------|----------|
23. Cómo le explicaron a usted su enfermedad en la consulta?
- | | |
|--------------------|---|
| Muy clara | 1 |
| Regularmente clara | 2 |
| Poco clara | 3 |
| Confusa | 4 |
| No le explicó | 5 |
| N.P. | 6 |
24. Cuanto tiempo utilizó la persona?
- | | |
|---|---|
| Se tomó bastante tiempo para explicarle | 1 |
| Se tomó tiempo regular para explicarle | 2 |
| Lo hizo en muy poco tiempo | 3 |
| No le explicó | 4 |
| N.P. | 5 |
25. Se aseguró la persona que le explicó su enfermedad que entendió adecuadamente?
- | | |
|----------------------------|---|
| Si le preguntó si entendió | 1 |
| No le preguntó si entendió | 2 |
| No le explicó | 3 |
| N.P. | 4 |
26. Al final de la explicación entendió usted su enfermedad?
- | | |
|---------------|---|
| Totalmente | 1 |
| Parcialmente | 2 |
| No entendió | 3 |
| No le explicó | 4 |
| N.P. | 5 |
27. Preguntó usted algo que no entendió?
- | | | | |
|--------|--------|----------------------|----------|
| Si = 1 | No = 2 | No le explicaron = 3 | N.P. = 4 |
|--------|--------|----------------------|----------|
28. Le contestaron las dudas que tenía?
- | | | | |
|--------|--------|----------------------|----------|
| Si = 1 | No = 2 | No le explicaron = 3 | N.P. = 4 |
|--------|--------|----------------------|----------|
29. Qué actitud tenía la persona que le explicó la enfermedad?
- | | |
|---------------------|---|
| Amable | 1 |
| Seria | 2 |
| Enojado o Agressivo | 3 |
| Indiferente | 4 |
| No le explicaron | 5 |
| N.P. | 6 |
30. Persona que dió la información
- | | | | |
|-------|-------|------------------------|----------|
| M = 1 | F = 2 | No dió información = 3 | N.P. = 4 |
|-------|-------|------------------------|----------|
31. Persona que dió la información
- | | |
|-----------------------|---|
| R1 | 1 |
| R2 | 2 |
| R3 | 3 |
| Oftalmólogo | 4 |
| No dieron información | 5 |
| N.P. | 6 |
32. En qué período del día recibió usted la información de su enfermedad?
- | | |
|----------------------------|---|
| Antes de las 10:00 horas | 1 |
| Entre 10:00 y 13:00 horas | 2 |
| Después de las 13:00 horas | 3 |
| N.P. | 4 |