



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO SOCIO-DEMOGRÁFICO
Y DE LA EPIDEMIOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y
OFTALMOLÓGICA DE LA POBLACIÓN DE
ADULTOS MAYORES ASISTIDOS EN EL CENTRO
OFTALMOLÓGICO “JOSÉ MARTÍ”.
CENTRO HOSPITALARIO DEL NORTE GUSTAVO SAINT BOIS
AGOSTO-SETIEMBRE 2013**

Autores:

Br. Fraga, Macarena
Br. García, Verónica
Br. Muñiz, Carlos
Br. Rivero, Ivanna

Tutores:

Prof. Mg. Miriam Costabel
Prof. Adj. Lic. Cristina Camejo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014

Agradecimientos

Queremos hacer llegar nuestro profundo agradecimiento al grupo de Docentes de la Cátedra de Adulto y Anciano, especialmente a las Tutoras Directora de la Cátedra de Adulto y Anciano, Prof. Mg. Miriam Costabel y la Prof. Adj. Cristina Camejo por su asesoramiento, valioso tiempo brindado y apoyo incondicional, en nuestro trabajo de investigación final el cual pretendemos sirva de mojón para futuras investigaciones haciendo realidad nuestro propósito de estudio y capacitación.

También a la Dirección General Hospital Saint Bois: Lic. Laura Molina, del Centro Oftalmológico: Dra. Sandra Medina y del Departamento de Enfermería: Lic. María Noel Peisino y Lic. Andrés Pérez y a todo el equipo multidisciplinario por su aprobación para la investigación final de nuestra carrera esperando contribuir a la institución con dicho trabajo.

Nuestro agradecimiento especial y aprecio a todas las incondicionales personas padres, esposos, hijos, amigos, hermanos, a todos nuestros futuros colegas que nos impulsaron a seguir adelante durante la carrera que nos prestaron el oído, su tiempo y experiencia profesional para llegar a esta instancia.

En particular agradecemos, a todos aquellos compañeros que forjaron nuestro pensamiento carácter y actitud haciéndonos crecer como personas.

ANEXO I- FUNDACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA CATEDRA OFTALMOLÓGICA JOSÉ MARTÍ.....	108
ANEXO II- DECRETOS DE ESTABLECIMIENTO DE LA CATEDRA DE ADULTO Y ANCIANO.....	109
ANEXO III- DECLARACIÓN DE RESPONSA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNICIPAL.....	130
ANEXO IV- ANTECEDENTES DE LA CATEDRA DE ADULTO Y ANCIANO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO FINAL EN EL CENTRO OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ.....	141
ANEXO V- CONSENTIMIENTO INFORMADO APOYADO POR LA CATEDRA DE ADULTO Y ANCIANO.....	142
ANEXO VI- INSTRUMENTOS DE REGISTRO DE DATOS INFORMACIÓN DE MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS A UTILIZAR.....	143

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Índice

Resumen	4
Introducción	6
Planteamiento del problema	10
Justificación	11
Marco Teórico	12
Objetivos	27
Metodología	28
Descripción de variables	31
Tablas y gráficos	37
Análisis de resultados	88
Cronograma	92
Presupuesto	95
Referencias bibliográficas	96
ANEXO I-UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CENTRO OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ	100
ANEXO II- DECRETO N° 379/008-INVESTIGACION EN SERES HUMANOS	108
ANEXO III-DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL	130
ANEXO IV- AUTORIZACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL CENTRO OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ	141
ANEXO V- CONSENTIMIENTO INFORMADO APORTADO POR LA CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO	142
ANEXO VI-INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS A UTILIZAR	149

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

ANEXO VII- CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES DEL INFORMANTE-----150

ANEXO VIII-ESCALES DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA-----154

ANEXO IX- REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR---156

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Resumen:

El presente trabajo fue realizado por un grupo de cuatro estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la Licenciatura de Enfermería en el marco del Trabajo Final de Investigación, bajo la tutoría de la Directora de la Cátedra de Adulto y Anciano, Prof. Mg. Miriam Costabel y la Prof. Adj. Cristina Camejo.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de Agosto-Setiembre 2013, en el Centro Oftalmológico *José Martí*. Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois,

Estuvo dirigido a una población de Adultos Mayores de 65 años (aplicando criterio de la OMS) del sistema público y privado, de Montevideo e Interior que consultaron los días de relevamiento de datos.

Se caracterizó la población estudiada, aplicando el instrumento ETSA, proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano que evidenció la realidad sociodemográfica y epidemiológica enfatizando en los factores de riesgo para la salud cardiovascular y oftalmológica. El grupo investigador, se sintió motivado a realizar este estudio, dada la ausencia de trabajos referentes a este tema y en este lugar.

Valoramos esta oportunidad, como un hecho muy enriquecedor para la Institución así como para los estudiantes que realizamos este estudio.

Como resultado final esperamos generar una muestra del tipo de población que se asiste en este centro, y que sirva como antecedentes a la Institución en pro de la aplicación de políticas que puedan generar una mejor atención de sus usuarios

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

De los datos obtenidos consideramos relevante destacar desde el punto de vista sociodemográfico que:

30 % de los Adultos Mayores viven solos, 64% sexo femenino, 57% procedentes del interior del país, 16% sin ingresos económicos.

Desde el punto de vista epidemiológico: 62% de Hipertensos, 35% de Diabéticos, con patologías Oftálmicas 100%.

Introducción

Este trabajo fue realizado por un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería Carrera Escalonada perteneciente a la UDELAR; en el Centro Oftalmológico "José Martí" situado en Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois ubicado en la zona de Lezica – Montevideo.

Hasta la fecha, no hay antecedentes de trabajos de investigación publicados sobre el Centro Oftalmológico desde su inauguración en el año 2007, por lo que valoramos mucho la posibilidad de aplicar el método científico, para la determinación de variables socio demográficas y epidemiológicas que nos permitan caracterizar por primera vez esta población de Adultos Mayores desde el punto de vista de la salud cardiovascular y oftalmológica.

Otra razón importante para su realización radica teniendo la visión como enfermeros, entendemos sumamente relevante determinar el déficit visual en los Adultos Mayores, dadas las implicancias que este deterioro tiene en las actividades cotidianas de los mismos.

Luego de realizar búsquedas bibliográficas y publicaciones, no se han encontrados antecedentes en nuestro país, de ningún estudio realizado en esta población de usuarios ni con respecto al impacto que ha generado en nuestra población la oferta de servicios brindados en el Hospital de ojos.

Una forma de evidenciarlo, fueron los registros de la Institución, donde constan más de 40.000 cirugías oftalmológicas realizadas desde su inauguración (2007)

Estos datos fueron proporcionados por la dirección de este Centro.

Actualmente la población asistida en el Hospital de ojos está constituida por:

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

- Usuarios de ASSE, Jubilados y Pensionistas cuyo ingreso sea menor a \$25.980
- Trabajadores que se encuentren en los acuerdos firmados y realicen el trámite ante PIT-CNT cuyo tope se encuentra en \$12990.
- Trabajadores que tienen convenio como ser UNOT, Militar, Policial y AEBU.

A pesar de no tener acceso al texto del acuerdo binacional (Uruguay-Cuba), creemos que la mejora en la autonomía de la población asistida, es una motivación, no solo para la realización de este trabajo, sino que además plantea otras interrogantes futuras, como por ejemplo la implementación de instrumentos para medir ese impacto.

Metodología

En la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista individual a los usuarios de la policlínica, se completó el instrumento proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano (ETSA), en el cual, se identificarán las variables de interés para el estudio.

Antecedentes

De acuerdo a la OMS, "En muchos países de América Latina y el Caribe se calcula que, por cada millón de habitantes, 5.000 son ciegos y 20.000 tienen trastornos visuales; por lo menos dos tercios son atribuibles a condiciones que se pueden tratar, como las Cataratas, los Defectos de Refracción, la Retinopatía Diabética, el Glaucoma y el Pterigium*.

"Cerca de 85% de los casos de ceguera se presentan en personas de 50 y más años".

Entre 1999 y 2005, la Organización Panamericana de la Salud y la Christoffel Blinden Mission (CBM) fomentaron y apoyaron, en un plano Nacional, las evaluaciones rápidas de ceguera evitable y los servicios quirúrgicos de Catarata en Cuba, Paraguay y Venezuela. Por otra parte, se llevaron a cabo estudios similares en zonas urbanas de Buenos Aires, Argentina, Campinas, Brasil, y Guadalajara, México. Se desarrollaron evaluaciones rurales rápidas en Piura y Tumbes, en el Perú, así como en Chimaltenango, Guatemala."

"La prevalencia de ceguera en individuos de 50 años y más varió de 2,3% a 3%."

"En Latinoamérica, la Retinopatía Diabética constituye una de las

principales causas de ceguera, después de la Catarata y el Glaucoma".

Además de estos datos tenemos que tener en cuenta enfermedades crónicas como son la Hipertensión Arterial, la Diabetes las cuales son prevalentes dado el grupo etario en el que trabajamos.

Según la revista Scielo, podemos sacar los siguientes datos que nos brindan una visión aproximada del estado de salud de la población de Adultos Mayores y las enfermedades prevalentes:

- 39% tenían Índice de Masa Corporal normal, 38% sobrepeso y 23% obesidad.
- La prevalencia de Hipertensión arterial fue 23% entre quienes tenían Índice de Masa Corporal normal, 43% en quienes tenían sobrepeso y 60% entre los obesos ($p < 0,05$).
- La Diabetes paso de 4% a 5% y 12% de acuerdo a que el individuo tuviera Índice de Masa Corporal normal, sobrepeso u obesidad, y la Dislipemia paso de 14% a 21% y a 30,5%

Si a todos estos factores, le sumamos el aumento de la esperanza de vida, en el mundo y por lo tanto el aumento de las patologías crónicas de los usuarios es que las autoridades del momento deciden realizar un acuerdo con el gobierno Cubano, durante el gobierno del Presidente Dr. Tabaré Vázquez, "En el marco del acuerdo con Cuba y con el objetivo de revertir la primera causa de ceguera reversible: la Catarata, se comenzó en 2005 con la Operación Milagro".

En una primera etapa mientras se establecía el Centro de ojos en uno de los pabellones del Hospital Saint Bois se realizaron en cuba 2027 cirugias de Cataratas

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

En noviembre de 2007, con la colaboración de técnicos Cubanos comenzó a funcionar el Hospital de ojos de Uruguay, alcanzando el 24 de Julio del 2009 las 10.000 cirugías de Cataratas. Allí se realizan un promedio diario de 50 intervenciones.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la caracterización socio-demográfica y la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de los Adultos Mayores de 65 años, que se asistieron en el Centro Oftalmológico "José Martí" en un período de tiempo determinado?

Justificación

Realizar la caracterización de la población de Adultos Mayores desde el punto de vista de la salud cardiovascular y oftalmológica, que se asiste en el Centro oftalmológico en la cual confluye la población del Interior del país y la Capital, siendo los beneficiarios los usuarios del sistema público y privados que cumplan con los requisitos y convenios firmados.

Nos enmarcaremos a lo que es el Centro Oftalmológico, el cual funciona desde 2007 y no tiene hecho estudios como el que presentamos ya que en la gran base de datos que tiene, no hace énfasis en las patologías de base. Por este motivo se considera que será algo muy útil para el Centro Oftalmológico y también para los diferentes actores en salud (ASSE, BPS y Mutualistas)

Según la OPS; en estudios recientes de los últimos 20 años "La prevalencia de ceguera en individuos de 50 años y más, varió de 2% a 3% en América Latina"

Al tomar como referencia los conceptos de Misericordia Garcia-Maria Pilar-Esperanza Ballester, en su Manual de Enfermería Geriátrica, que describe muy bien los cambios que sufren las personas en el proceso de envejecimiento, es una razón más para justificar este estudio

Para la elaboración de este trabajo consideramos la posibilidad de poder compartirlo con el personal de Salud, de forma de poder visualizar lo realizado en este tiempo, lo aprendido y lo que se puede mejorar

Marco teórico

Proceso de envejecimiento

En relación al proceso normal de envejecimiento, la O.M.S, lo define como: *"Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios que producen una limitación de adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en diversos organismos de un mismo individuo o en distintos individuos es igual"*

El envejecimiento de la población fomenta la creación de programas de salud en esta franja etaria."

Esta misma fuente, nos proporciona la información de que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario en el mundo. Esto nos permite fácilmente concluir que las políticas sociales, para ser eficaces, deben estar adaptadas a esta realidad

De acuerdo al INE (Instituto Nacional de Estadística) Uruguay es uno de los Países más envejecidos de Latino América con un 19% de la población dentro de esta franja etaria. Esta población es muy vulnerable ya que el proceso de envejecimiento va alterando el proceso salud-enfermedad.

Aproximadamente el 20% de los Adultos Mayores viven solos, sin contención familiar con la probabilidad de discapacidad, de enfermedades, accidentes, intoxicaciones muchas veces causadas por la incorrecta administración de los medicamentos debido a la baja visión producto del proceso de envejecimiento, etc.

El 30% padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la dependencia y disminuye su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria como bañarse, comer o vestirse.

En el Adulto Mayor encontramos patologías oculares propias del envejecimiento como son las Cataratas, Ojos secos, Glaucoma y Degeneración Macular lo cual encontramos muy bien en "Manual de geriatría (Salgado Alba)

Por otro lado, la valiosa oferta que el Centro de Oftalmológico, mantiene desde el 2007, ha cambiado la realidad de muchos Adultos Mayores, mediante una atención integral oftalmológica, contribuyendo además a la investigación científica y formación de profesionales calificados

Todo lo antes dicho, motiva y fundamenta el proceso de investigación realizado, ya que las conclusiones esperadas, nos posicionan como profesionales de Enfermería ante una realidad de Adultos Mayores, vulnerables y con dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, lo cual es campo de acción de nuestra disciplina.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado nos enfocaremos a una población la cual la falta de visión y la falta de recurso para su tratamiento en otros momentos eran condenadas a una ceguera total hasta el día de su muerte

Patologías más frecuentes en el Adulto Mayor

Cataratas

Opacidad en el cristalino el cual es el "responsable de 20 dioptrías del poder de convergencia del ojo".

Tipo de Cataratas:

- **Catarata cortical:**

Opacidades del cortical, que puede ser bilateral o asimétrica, su síntoma común es el deslumbramiento por una fuente de luz.

- **Catarata sub. Capsular posterior:**

Se observa en pacientes jóvenes generalmente y se genera axialmente y se observa un brillo iridiscente sutil en la capa posterior de la corteza

Ojo Seco

"Una alteración de la película lacrimal, debido a deficiencia de la lágrima o excesiva evaporación, lo cual causa daño en la superficie interpalpebral está asociado a síntoma de malestar ocular."

Glaucoma

El Glaucoma es una neuropatía óptica caracterizada por pérdida del campo visual asociado a una elevación de la presión intra ocular (PIO) aunque "existen diferentes factores de riesgo para desarrollar el Glaucoma muchos de los cuales siguen siendo desconocidos"

Factores que determinan el Glaucoma:

- 1- "La tasa de producción del humor acuoso por el cuerpo ciliar".
- 2- "Resistencia al flujo del acuoso a través del sistema de maya trabecular de Shlemm".
- 3- "Nivel de presión venoso episcleral"

"Rangos comunes de aceptación de PIO en la población en general son de 10 a 21 mmHg".

Tipos de Glaucoma:

- **Glaucoma secundario de ángulo cerrado sin bloqueo pupilar:** Caracterizado por un mecanismo de empuje posterior; desplazamiento del diafragma irido-cristalino.
- **Glaucoma de mecanismo combinado:** Mecanismo de desplazamiento anterior desplazamiento del iris para formar sinequias periféricas anteriores.
- **Combinación de dos o más formas de Glaucoma:** Glaucoma de ángulo abierto en un paciente que desarrolla cierre de ángulo secundario después de un procedimiento de cerclaje escleral.
- **Glaucoma primario congénito:** Alteración ocular.
- **Glaucoma asociado con anomalías congénitas:** (Traumas)
- **Glaucoma secundario infantes y niños:** (Traumas)

Degeneración macular

Es la causa más común de ceguera permanente en personas mayores sobre todo en personas mayores de 50 años.

Otras causas son la raza (sobre todo caucásicos), sexo (femenino mayoritariamente), tabaquismo, faltos de vitaminas y minerales. También influye

el deterioro del sistema circulatorio hacia la retina (causado por colesterol, diabetes, HTA), otra causa es la exposición excesiva a la luz ultra violeta.

Pterigium

Se trata de una anomalía ocular muy frecuente, su nombre técnico es pterigion o pterigium. El Pterigión consiste en un crecimiento anormal por inflamación de tejido de la conjuntiva (tejido fino y transparente que cubre la superficie externa del ojo), que tiende a dirigirse desde la parte blanca del ojo hacia el tejido de la córnea (superficie anterior y transparente del ojo). Este tejido anómalo se inflama por falta de lubricación (falta de lágrimas), por la exposición solar, el viento u otros agentes irritantes. Quien lo padece tiene la sensación de tener un cuerpo extraño en el ojo y éste tiene una apariencia congestiva (ojo rojo).

Defectos de refracción ocular

Son todos los defectos oculares que tienen como denominador común que la visión es imperfecta como consecuencia de la falta de enfoque de la imagen sobre la retina.

Los errores de refracción son trastornos oculares muy comunes, en los que el ojo no puede enfocar claramente las imágenes. El resultado es la visión borrosa, que a veces resulta tan grave que causa discapacidad visual.

Los tres errores de refracción más comunes son:

- **La miopía:** dificultad para ver claramente los objetos distantes

- **La hipermetropía:** dificultad para ver claramente los objetos cercanos
- **El astigmatismo:** visión distorsionada debido a la curvatura anormal de la córnea, que es la superficie transparente que cubre el globo ocular
- Un cuarto trastorno es la **presbicia**, que tiene como consecuencia la dificultad para leer o enfocar bien a un brazo de distancia. Se distingue de los otros trastornos en que se asocia al envejecimiento y afecta a casi todo el mundo.

Los errores de refracción no pueden prevenirse, pero pueden diagnosticarse en un examen oftalmológico y tratarse con lentes correctoras, lentes de contacto o cirugía refractiva.

Hipertensión Arterial

La Hipertensión es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todas las partes del cuerpo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeadas por el corazón.

Cuanta más alta es la presión, mas esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La presión arterial normal en adultos es de 120mmhg cuando el corazón late (presión sistólica) y de 80mmhg cuando el corazón se relaja (presión diastólica). Cuando la presión sistólica es igual o superior a 140mmhg y/o la presión diastólica es igual o superior a 90mmhg la presión arterial se considera alto o elevado

Cuanta más alta es la presión arterial mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones. También puede provocar deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.

Las consecuencias para la salud se pueden agravar por factores como consumo de tabaco, dieta poco saludable, el uso nocivo de alcohol, la inactividad física estrés permanente, obesidad, colesterol alto y la diabetes.

Retinopatía hipertensiva

Es una enfermedad donde se produce la degeneración de la retina a causa de la HTA. La retinopatía hipertensiva representa los hallazgos oftalmológicos de daño de órgano terminal secundaria a HTA. Estas alteraciones están vinculadas a las cifras de presión diastólicas, el tiempo de duración de la HTA, la rapidez y severidad del aumento en cifras de tensión arterial y la edad de los vasos sobre los cuales se produce. Se observa también cambios tanto en las coroides y el nervio óptico en función de la cronicidad y la severidad de la enfermedad. La retina es el único lugar del organismo donde es posible observar los vasos sanguíneos.

Se pueden **clasificar** según grado:

- **Grado I** hipertensión benigna (estenosis moderada de las arteriolas de la retina),
- **Grado II** retinopatía hipertensiva mas marcada (esclerosis moderada o marcada de las arteriolas de la retina, reflujo arterial exagerado, compresión venosa)
- **Grado III** retinopatía moderada, (edema retiniano),

- **Grado IV hipertensión maligna** (todo lo anterior y edema del disco óptico, las funciones renal y cardíaca pueden estar afectadas).

Diabetes

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y vasos sanguíneos.

Los niveles normales de glucosa en la sangre para los hombres y mujeres sin diabetes están entre 65-70 y 110 mg/dl después de ayunar durante ocho horas; hiperglucemia superior a 110mg/dl; hipoglucemia inferior a 65mg/dl. En general se empiezan a sentir manifestaciones físicas de falta de glucosa cuando está por debajo de 65mg/dl.

Diabetes tipo I: Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de insulina. Se desconoce aun su causa. Típica en edades tempranas de la vida generalmente antes de los 20-40 años. En su tratamiento se necesita siempre insulina.

Diabetes tipo II: Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Es más frecuente generalmente en personas obesas y de edad más avanzada.

Diabetes gestacional: es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

Con el tiempo la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

La enfermedad diabética del ojo se refiere a un grupo de enfermedades de los ojos que pueden desarrollarse en las personas con diabetes. Todos estos problemas pueden causar pérdida de la visión y llegar a la ceguera.

La enfermedad diabética del ojo puede incluir: *retinopatía diabética*: daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina. *Cataratas*: el cristalino del ojo se nubla afectando la visión. Las Cataratas se desarrollan a una edad más temprana en personas que tienen diabetes.

Retinopatía Diabética

Es la enfermedad ocular diabética más común, ocurre cuando hay cambios en los vasos sanguíneos en la retina. A veces estos vasos pueden hincharse y dejar escapar fluidos o inclusive taparse completamente. En otros casos nuevos vasos sanguíneos anormales crecen en la superficie de la retina.

Es una complicación de la diabetes y una de las causas principales de ceguera.

Generalmente afecta a ambos ojos. Las personas con retinopatías diabéticas a menudo no se dan cuenta de los cambios en su visión durante las primeras etapas. Pero a medida que avanza usualmente causa una pérdida de visión que en muchos casos no puede ser revertida.

Inicialmente puede no producir pérdida de visión o algún otro síntoma.

Pero con el tiempo puede producir visión borrosa, oscura o nublada; ver puntos oscuros o líneas negras.

Clasificación:

- **Retinopatía diabética no proliferativa ligera:** esta es la etapa más temprana de la enfermedad en la que aparecen los micros aneurismas. Estas pequeñas aéreas de inflamación, que aparecen ampollas, en los pequeños vasos sanguíneos de la retina.
- **Retinopatía no proliferativa moderada:** según avanza la enfermedad algunos vasos sanguíneos que alimentan la retina se obstruyen.
- **Retinopatía no proliferativa severa:** en esta etapa muchos más vasos sanguíneos se bloquean, haciendo que varias partes de la retina dejen de recibir sangre. Entonces estas aéreas de la retina envían señales al cuerpo para que haga crecer nuevos vasos.
- **Retinopatía proliferativa:** en esta etapa avanzada, las señales enviadas por la retina para alimentarse causan el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Estos nuevos vasos son anormales y frágiles. Crecen a lo largo de la retina y de la superficie del gel vítreo.

La pérdida de la visión puede ser causada:

- La retinopatía proliferativa que es la cuarta y la más avanzada etapa de la enfermedad.
- Líquido puede gotear dentro del centro de la macula. Esta condición se llama **edema macular**.

Dislipidemia

Son conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes a un nivel que significa un riesgo para la salud.

Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL) o triglicéridos (TG)

Los lípidos de naturaleza insoluble pueden circular en el torrente sanguíneo en forma de estructuras complejas llamadas lipoproteínas. Estas se pueden clasificar según su composición lipídica densidad y movilidad.

Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, hipertensión arterial, colesterol HDL bajo (menos de 40mg/dl), antecedentes familiares de cardiopatía coronaria prematura, edad hombres mayores 45 años mujeres mayores de 55 años.

Los niveles de colesterol sanguíneo están determinados tanto por las características genéticas del individuo como por factores adquiridos (dieta, balance calórico, actividad física). El colesterol transportado en lipoproteínas de baja densidad esta directamente correlacionado con el riesgo de enfermedad coronaria. El colesterol que forma parte de lipoproteínas de alta densidad esta inversamente correlacionado con el riesgo coronario. Las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) contienen la mayoría de los TG.

Primarias: Es decir no asociada a otras enfermedades, generalmente de origen genético y transmisión familiar, es la menos frecuente.

Secundarias: vinculadas a otras patologías como por ejemplo diabetes, hipotiroidismo, obesidad patológica, síndrome metabólico.

Nivel normal de Colesterol Total

- Normal: menos de 200 mg/dl
- Normal-alto: entre 200 y 240 mg/dl
- Alto: por encima de 240 mg/dl

Nota: Se considera hipercolesterolemia a los niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl.

Colesterol LDL (malo)

- Normal: menos de 100 mg/dl
- Normal-alto: de 100 a 160 mg/dl
- Alto: por encima de 160 mg/dl

Nota: Esta recomendación no significa que la cifra normal de LDL deba rondar los 100 mg/dl. En algunos casos, el nivel deseable de LDL puede ser incluso menor de 70 mg/dl.

Colesterol HDL (bueno)

- Normal: superior a 35 mg/dl en el hombre y 40 mg/dl en la mujer

Triglicéridos

- Normal: menos de 150 mg/dl
- Normal-alto: entre 100 y 500 mg/dl
- Alto: por encima de 500 mg/dl.

La inmunización o vacunación

Es muy importante en el Adulto Mayor; ya que ayuda a prevenir enfermedades como la neumonía y el tétanos

Existe un esquema nacional de vacunación en el cual se aplican de forma gratuita, y una campaña permanente de vacunación para favorecer que toda la población esta inmunizada.

Para los Adultos Mayores incluye tres: la antineumococcica (para combatir la bacteria del neumococo), la antitetánica (protege contra tétanos y difteria) y la vacuna contra la influenza (para prevenir la gripe)

Obesidad

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud

El índice de masa corporal (IMC), es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso; se calcula dividiendo el peso de una persona en kg por el cuadrado de su talla en metros. (Kg/m²)

Un IMC igual a superior a 25 determina sobrepeso

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad

En los últimos años se ha dejado de considerar la obesidad como un problema estético para reconocer mundialmente que es una enfermedad de carácter crónico, producto de una multiplicidad de factores que resultan de componentes genéticos, conductuales y/o ambientales.

En el obeso una pérdida de peso puede reducir los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, dislipemia, hipertensión y diabetes.

Teniendo en cuenta que tanto el peso excesivo como el bajo peso tienen riesgos para la salud, la dieta, el ejercicio y el descanso adecuado son beneficiosos para una calidad de vida más saludable

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad físicas son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo.

Beneficios

En cuanto a las Instituciones: plantear protocolos que faciliten el abordaje del Adulto Mayor y el ahorro de recursos humanos y materiales reeducando a los usuarios.

En cuanto al Usuario: promocionando la salud sobre los estilos de vida para prevenir la enfermedad actuando sobre los factores y las poblaciones de riesgo; incluyendo la orientación para cuidar la salud, enfermedad o ambas, conocer su nivel de salud lo que permitirá conocer y priorizar problemas que permitan planificar futuras acciones.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Objetivos

Objetivo general:

➤ Caracterizar desde el punto de vista sociodemográfico y epidemiológico a esta población de Adultos Mayores que tiene una patología oftalmológica, que se asiste en el Centro oftalmológico "José Martí".

Objetivo específico:

➤ Establecer una muestra de la población adulta mayor asistida en el Centro oftalmológico, con sus patologías.

➤ Describir los resultados propuestos.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Metodología:

Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no probabilístico.

Área de estudio

La investigación se realizó en la República Oriental del Uruguay Departamento de Montevideo en el Centro Oftalmológico "José Martí" que funciona en la órbita del Hospital Gustavo Saint Bois.

El Universo

Adultos Mayores de 65 años del sector público y privado, asistidos en el Centro Oftalmológico

La Población

Adultos Mayores de 65 años que ese día consulten en la línea pre-operatoria (LPO) y policlínicas del Centro Oftalmológico "José Martí"

La Muestra

Determinada por un total de 42 usuarios Adultos Mayores de 65 años del sector público y privados que consulten en el Hospital de Ojos Gustavo Saint

Bois, el día de la recolección de los datos y que reúnan los criterios de inclusión

Cada usuario entrevistado consintió en forma escrita el relevamiento de datos, mediante, firma del consentimiento informado (Ver anexo-II). El mismo se elaboró en base al decreto N° 379/008 que nos autoriza a utilizar la información recabada para éste trabajo.

Se solicitaron las correspondientes autorizaciones a las autoridades del Centro de Ojos para entrevistar a los pacientes (ver anexo IV)

Recolección de datos

Se realizó la entrevista, a los usuarios Adultos Mayores del Hospital de ojos los días 16, 19, 27,31 de Agosto y 6, 20 de Setiembre en el horario de la mañana

Fue en forma personal y guardando reserva de la información recabada mediante firma del consentimiento informado, tal cual lo dispone las normas de Helsinky (ver anexo-III) El mismo expresa que la información recolectada será de uso netamente educativo, para el trabajo que realizamos y de extrema confidencialidad.

Se utilizó el instrumento ETSA (ver anexo V) aportado por la Cátedra de Adulto y Anciano que consta de variables sociodemográficas y epidemiológicas de interés para la investigación que ya fue aplicado por diferentes cátedras.

Las entrevistas fueron realizadas con previa aprobación de la Dirección general Hospital Saint Bois, del Centro Oftalmológico y del Departamento de Enfermería (ver anexo IV)

Unidad de análisis

Nuestra unidad de análisis y observación fue cada persona entrevistada.

Criterios de inclusión

- Los Adultos Mayores de 65 años.
- Que acepten ser entrevistados y tengan consentimiento firmado.
- Que sean Adultos Mayores usuarios del sector Público y Privado los cuales deben cumplir con los criterios anteriormente mencionados.

Control ético

El control ético se llevó a cabo bajo consentimiento firmado (decreto N° 379/008) el cual debió ser llenado y firmado por cada individuo que participó del estudio en el cual nos autorizó a utilizar la información en forma confidencial tal cual lo indica la Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Instrumentos utilizados

Se aplicó instrumento ETSA (Estudio Transversal de Salud del Adulto) proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano que permitió caracterizar la población desde el punto de vista epidemiológico, sociodemográfico y de las patologías oculares.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Procedencia	Origen geográfico desde donde se traslado el usuario; interior o en la capital	Cuantitativa	Montevideo - 0. Interior-1.
Sexo	"Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general" (diccionario el mundo)	Cualitativa Nominal	Masculino-1. Femenino-0.
Edad	Se refiere al número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta. Utilizaremos la edad expresada en años	Cuantitativa Descriptiva	65-75: 0. 76-86: 1 87-97: 2. 98-108:3
Trabaja en el momento de la encuesta	Cuantificar la cantidad de usuarios que trabajan en esta franja etaria	Cuantitativa	No: 0 Si: 1
Jubilado	JUBILACIÓN: Haber pasivo que disfruta la persona jubilada. PENSIÓN; Cantidad periódica temporal o vitalicia que se asigna a alguien desde las instituciones de la seguridad social	Cuantitativo	No=0 Si=1
¿Con quién vive?	Relación del entrevistado con su entorno, su hogar	Descriptiva	Solo: 0. En pareja: 1. Con la familia:2
Nivel de instrucción	El nivel de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Cualitativa	Analfabeto: 0 Primaria:1 Secundaria:2 Terciaria:3
Cobertura medica	Aquí veremos los usuarios privados y públicos que cumplan con los convenios	Cuantitativa	Privado: 0 Publico:1
Servicio de emergencia medica	Móviles aptos para responder al llamado por riesgo inminente de vida o atención inmediata.	Cuantitativa	No: 0 Si:1
Inmunización vigente	Cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.	Cualitativa	Antigripal: 0 Tetano:1 Neumocoxica:2
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Descriptiva Nominal	Unión libre: 0 Soltero:1 Casado:2 Viudo:3 Divorciado:4

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

Carnet de ADULTO MAYOR	Registro escrito mediante el cual se conocen las patologías y tratamientos médicos del usuario Cuantificar la pertenencia del este carnet	Cuantitativa	No: 0 Si: 1
Antecedentes de fallecimiento por enfermedades cardiovasculares	Veremos la relación entre las enfermedades cardiovasculares y la herencia	Cuantitativa	No relacionadas: 0 Relacionadas: 1
Obesidad	Una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.	Descriptiva	No: 0 Si: 1
Tabaquismo	Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco sean para fumar, chupar, masticar, contienen nicotina.	Cuantitativa	No: 0 Si: 1
Sedentarismo	Dícese de la vida de poca agitación o movimiento	Descriptiva	Nada = 0 Bicicleta = 1 Caminata = 2 Correr = 3 Caminata y gimnasio = 4
Diabetes	Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente.	Descriptiva	No: 0 Si: 1
HTA	Es una enfermedad crónica degenerativa, es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o diastólicas.	Descriptiva	No: 0. Si: 1
Dislipemia	Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas	Descriptiva	No= 0 Si= 1
Enfermedades respiratorias	Son aquellas que afectan al aparato o sistema respiratorio	Descriptiva	Si: 1. No: 0
Consumo de carnes rojas	Todas las partes de un animal que se intentan sean o que se han juzgado inocuas e idóneas para el consumo humano. Desde el punto de la nutrición el termino se refiere exactamente al consumo de la carne proveniente de los mamíferos	Descriptiva	Todos los días: 0 Tres veces a la semana: 1 Una vez al mes: 2
Consumo de pollo	Es aquella desde el punto de vista de la nutrición se	Descriptiva	Todos los días: 0 Tres veces a la

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

	considera carne blanca, pollo		semana: 1 Una vez al mes: 2
Consumo de carne de cerdo	Es aquella que procede de los cerdos	Descriptiva	Todos los días: 0 Tres veces a la semana: 1 Una vez al mes: 2
Consumo de pescado	Es aquella desde el punto de vista de la nutrición se considera carne blanca, pescado	Descriptiva	Todos los días: 0 Tres veces a la semana: 1 Una vez al mes: 2
Control medico	Sondear si realiza alguna consulta con profesionales médicos	Cuantitativa	No: 0 Cardiólogo: 1 Medicina general: 2 Geriatra: 3
Control cardiológico	Es la rama de la medicina interna encargada de las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio. Cuantificar el % de controles en la especialidad	Cuantitativa	No: 0 Si: 1
Control con geriatra	Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos preventivos y sociales en la salud y la enfermedad de los ancianos.	Cuantitativa	No =0 Si =1
Control con medicina general	Rama de la medicina que se dedica al tratamiento de las patologías en su conjunto, sin consagrarse en ninguna especialidad.	Cuantitativa	No =0 Si =1
Exámenes ginecológicos	Procedimientos con los cuales podemos realizar detección y diagnóstico de numerosas patologías femeninas. (Pap y mamografía)	Descriptiva	No: 0 Si: 1
INC.	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo El estado nutricional de nuestros adultos mayores	Cualitativa	Bajo peso = 0 Peso normal= 1 Sobrepeso grado I= 2 Sobrepeso grado II= 3
Estado cognitivo	Nivel de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del ADULTO MAYOR.	Cualitativa	0-8 = cog intacto 9-16 = det. Cog levee 17-24 = det. Cog moderado 25-33 = Det. Cog grave

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

Grado de independencia	Es cuando el Adulto Mayor puede valerse por sí mismo, asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas y depender de estas para realizar sus tareas diarias.	Cualitativa	Máxima dependencia=0-2 Mediana dependencia=3-4 Mediana independencia=5-6 Independencia total=7-8
Incontinencia urinaria	Condición en la cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse un problema. sociales o higiénicos	Cualitativa	No=0 Si=1
Antecedentes de neoplasias	Neoplasma es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y esta descoordinado con el de los tejidos normales y que persiste en su anormalidad después de que haya cesado el estímulo que provoco el cambio. Cuantificar factores hereditarios	Cuantitativa	No: 0 Si: 1 No recuerda: 3
Ant fliares patología de boca	Aspectos del estado de salud general y bucal de los padres y abuelos Cuantificar factores hereditarios	Cualitativa	No=0 Si=1
Higiene bucal	Es un habito muy importante para la salud los dientes, de la boca y del organismo en general	Cualitativa Ordinal	Buena= 0 Mala=1
Uso de prótesis dentales	Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares.	Cuantitativa	No= 0 Si= 1
Patología de intestino	Lesiones del intestino Cuantificar factores hereditarios	Cuantitativa	No=0 Si= 1
Exámenes prostáticos	El antígeno prostático específico es una proteína que elabora la próstata. Cuantificar la cantidad de usuarios que lo realizan	Cuantitativa	No: 0 Si: 1

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

Tipo de piel	Es el mayor órgano del cuerpo humano, actúa como barrera protectora aísla al organismo del medio que lo rodea. El color de la piel de cada persona está determinado en gran parte por su herencia.	Cualitativa	Blanca=0 Negra=1 Asiática=2
Uso de lentes	Los lentes son objetos transparentes utilizadas para corregir los problemas de visión Cuantificar la utilización de lentes	Cuantitativa	No=0 Si=1
Cirugías previas oculares	Es la especialidad quirúrgica relacionada con el ojo. Cuantificar los antecedentes personales	Cuantitativa	No=0 Si= 1
Antecedentes familiares oftalmológicos	Cuantificar las patologías	Cuantitativa	No: 0 Si: 1
Consulta oftalmológica	Es una especialidad médica que estudia las enfermedades y cirugía del ojo. Cuantificar si realiza controles periódicos	Cuantitativa	No: 0 Si: 1

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Criterios éticos y plan de análisis

La organización de la información se realizó a través de una planilla Excel, donde se cargaron los datos obtenidos.

El método de análisis de las variables fue a través de la estadística central, aplicando los criterios de moda y media, y la representación de los datos a través de tablas y gráficos

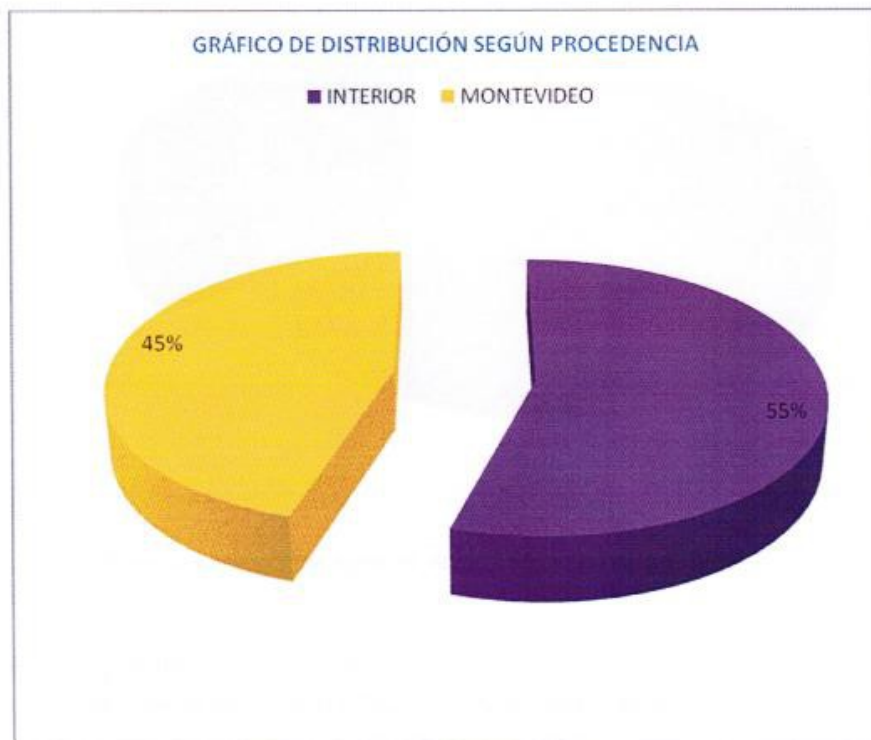
Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Tablas y gráficos

(Las tablas y los gráficos están numeradas de acuerdo al orden del instrumento E.T.S.A.)

1.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FA	FR%
Interior	23	55%
Montevideo	19	45%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

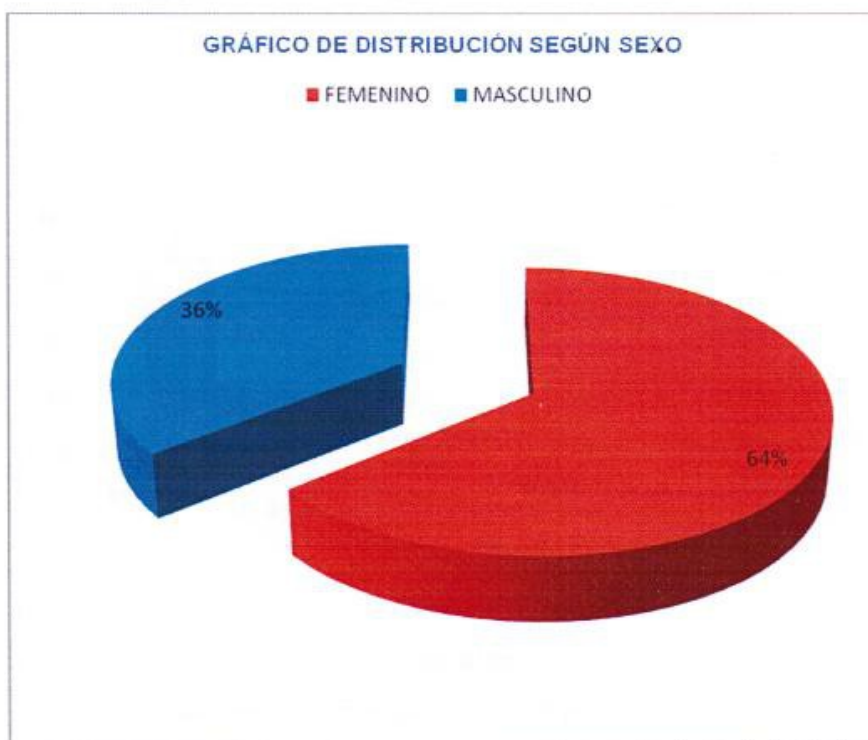
Del total de la población de encuestados se desprende que

- el 55% son del Interior del país y
- el 45% son de Montevideo.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

2.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO

SEXO	FA	FR%
Femenino	27	64%
Masculino	15	36%
TOTAL	42	100%



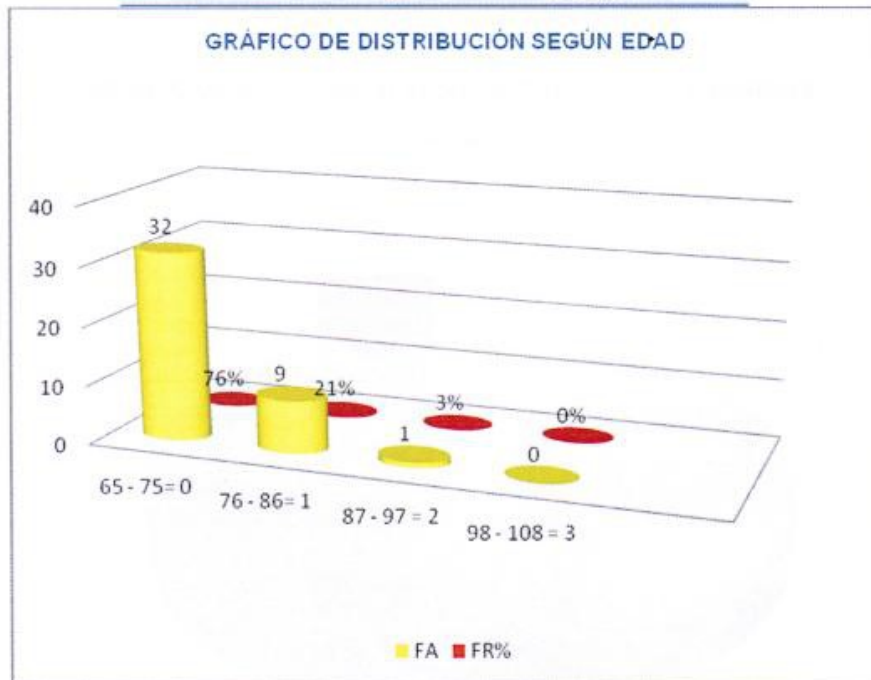
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Esta tabla y gráfico muestran que

- el 64% de la población estudiada es de sexo femenino,
- mientras que el 36% es de sexo masculino.

3-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	FA	FR%
65 – 75 = 0	32	76%
76 – 86 = 1	9	21%
87 – 97 = 2	1	3%
98 – 108 = 3	0	0%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

En esta tabla y gráfico se establecen las edades de la población estudiada:

- el 76% dentro del grupo entre 65 y75 años,
- el 21% los Adultos Mayores entre 76 y 86 años,
- el 3% entre 87 y 97 años.
- no se encuestaron individuos de mayor edad.

4.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SI TRABAJA AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

TRABAJA ACTUALMENTE	FA	FR%
NO	39	93%
SI	3	7%
TOTAL	42	100%



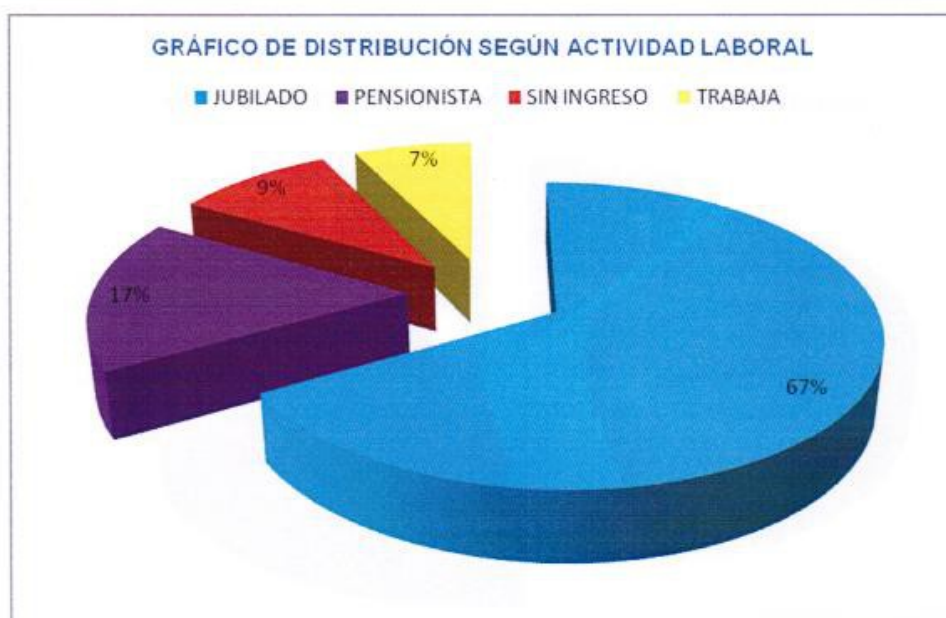
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

La mayor parte de la población pesquisada:

- 93%, no trabajaba en la fecha mencionada,
- si lo hacía el 7%.

5.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN ACTUAL

OCUPACIÓN ACTUAL	FA	FR%
Jubilado	28	67%
Pensionista	7	17%
Sin ingresos	4	10%
Trabaja	3	7%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

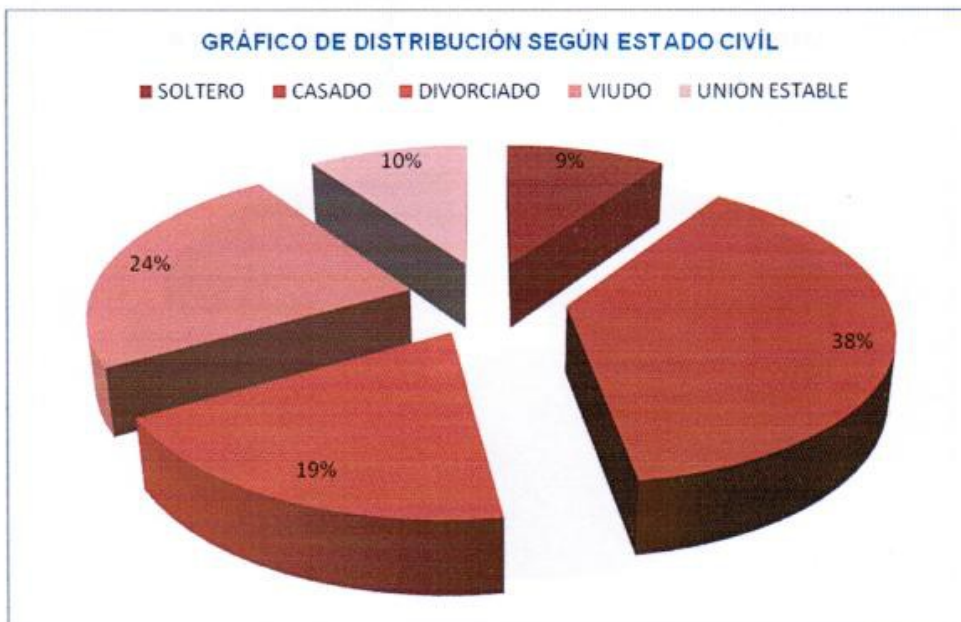
Entre los datos recabados están los que se refieren a la actividad laboral:

- el 67% son Jubilados,
- el 17% son Pensionistas,
- el 9% son Amas de casa y
- coincidiendo con el dato anterior está el 7% que trabaja.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

6.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Soltero	4	9%
Unión libre	4	10%
Casado	16	38%
Divorciado	8	19%
Viudo	10	24%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Con respecto al estado civil se afirma que:

- el 38% de encuestados son casados,
- el 24% están viudos, el 19% son divorciados,
- el 10% mantienen una unión estable y
- el 9% son solteros.

7.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ¿CON QUIÉN VIVE?

¿CON QUIÉN VIVE?	FA	FR
Solo	12	29%
Cónyuge	14	33%
Cónyuge y otro familiar	6	14%
Familiares	10	24%
TOTAL	42	100%



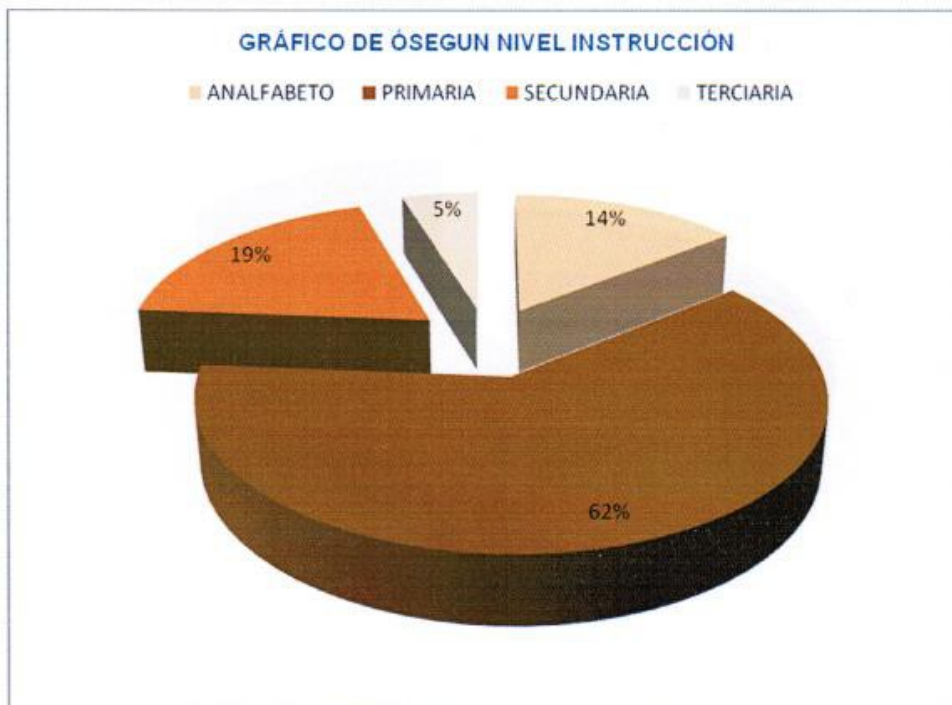
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De la distribución según con quien vive, en nuestra investigación, encontramos que: el 33% vive con su cónyuge, el 29% viven solos, el 24 % con algún familiar y el 14% con el cónyuge más algún familiar.¹

¹ La ausencia de relaciones en la vida de los Adultos Mayores crea una mayor vulnerabilidad, dependencia y aislamiento. La OMS considera la soledad como una de las principales causas de deterioro de la salud de los Adultos Mayores.

8.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Analfabeto	6	14%
Primaria	26	62%
Secundaria	8	19%
Terciaria	2	5%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

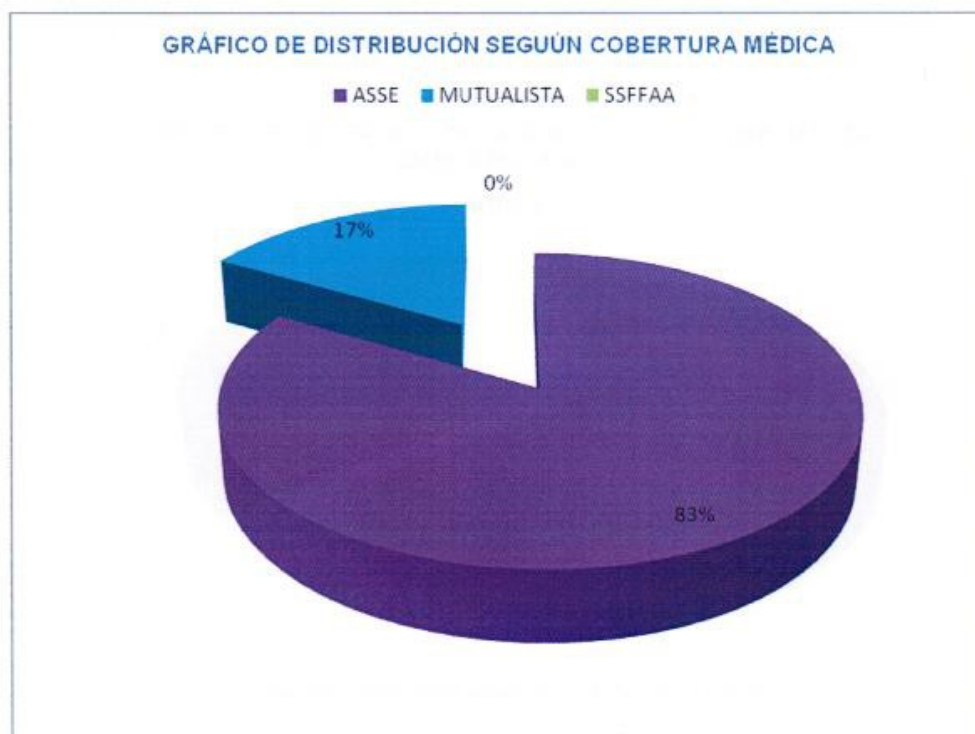
En la población investigada se encuentra:

- el 62% con educación primaria,
- el 19% con nivel secundario,
- el 14% lo comprende el grupo de analfabetos, y
- el 5% el grupo que posee educación terciaria.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

9.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN COBERTURA MÉDICA

COBERTURA MÉDICA	FA	FR%
ASSE	35	83%
MUTUALISTA	7	17%
SSFFAA	0	0%
TOTAL	42	100%



- El 83% del grupo indagado es usuario de ASSE y
- el 17% posee cobertura privada.

10.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN COBERTURA DE SERVICIO DE EMERGENCIA MÓVIL

EMERGENCIA MÓVIL	FA	FR%
NO	27	64%
SI	15	36%
TOTAL	42	100%



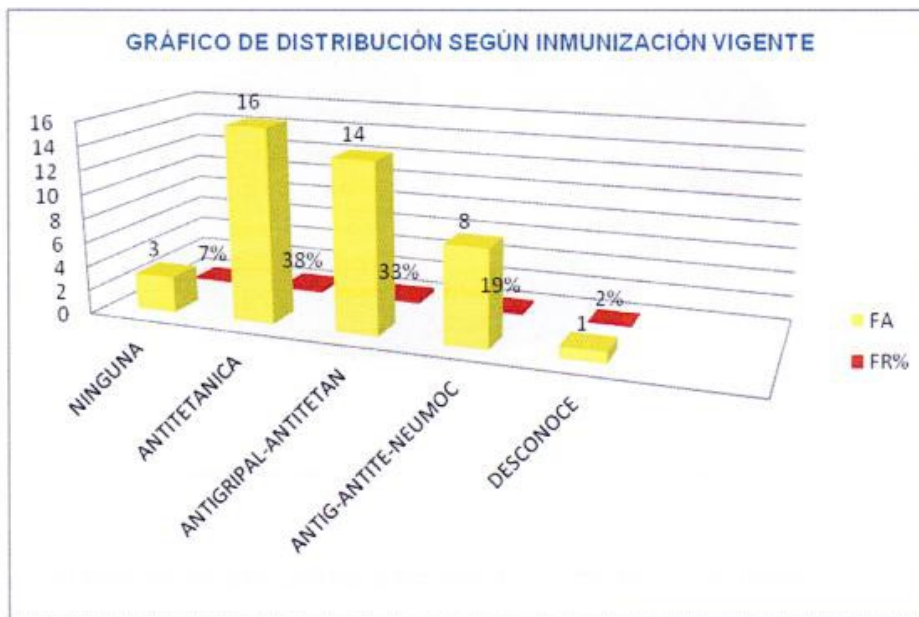
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

La población estudiada se distribuye en:

- 64% que carece de servicio de emergencia móvil,
- frente al 36% afiliado a la oferta existente.

11.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INMUNIZACIÓN VIGENTE

INMUNIZACIÓN	FA	FR%
Ninguna	3	7%
Antitetánica	16	38%
Antigripal- Antitetánica	14	33%
Antig-Antite- neumococ	8	19%
Desconoce	1	2%
TOTAL	42	100%



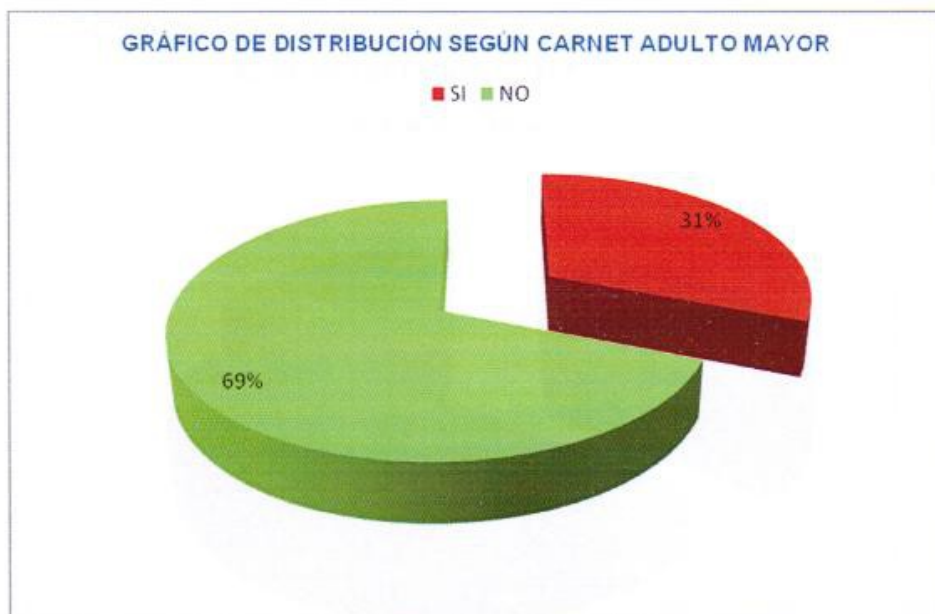
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De acuerdo a la Inmunización vigente, el gráfico revela que:

- el 38% posee la vacuna antitetánica,
- el 33% además la antigripal,
- el 19% agrega a las anteriores la neumococcica,
- el 7 % carece de Inmunización y
- el 2% no recuerda si tiene y/o está vigente.

12.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TENENCIA DE CARNET DE ADULTO MAYOR

CARNET ADULTO MAYOR	FA	FR%
SI	13	31%
NO	29	69%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

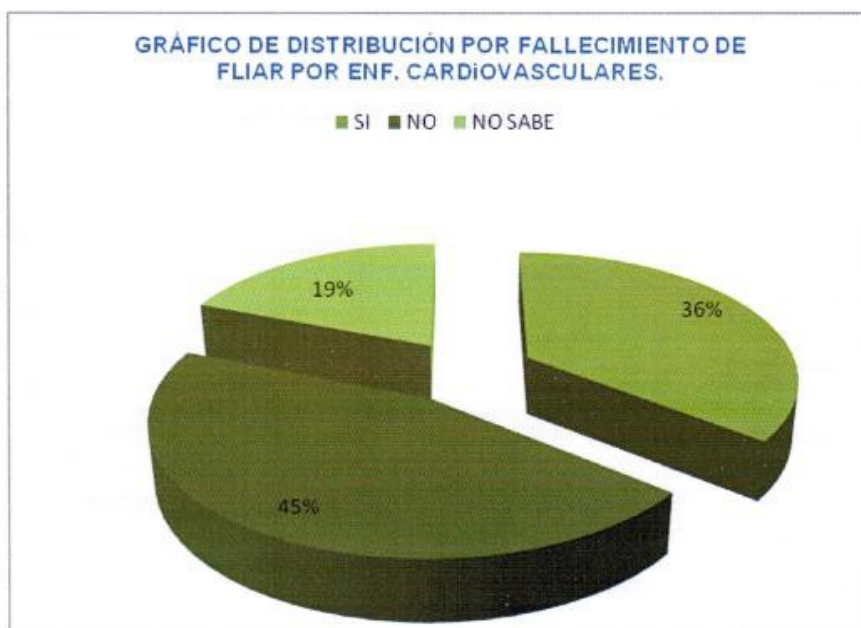
- Al 69% de los encuestados les falta el Carné de Adulto Mayor,
- el 31% si, lo tienen.²

² Registro escrito mediante el cual se dan a conocer las patologías, tratamientos médicos del Adulto Mayor. El que un 69% no lo posea es una cifra en la cual refleja un dato importante a tener en cuenta para otros estudios dada su importancia.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

13.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES DE FALLECIMIENTO POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

FALLECIMIENTO ENF. CV	FA	FR%
SI	15	36%
NO	19	45%
DESCONOCE	8	19%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

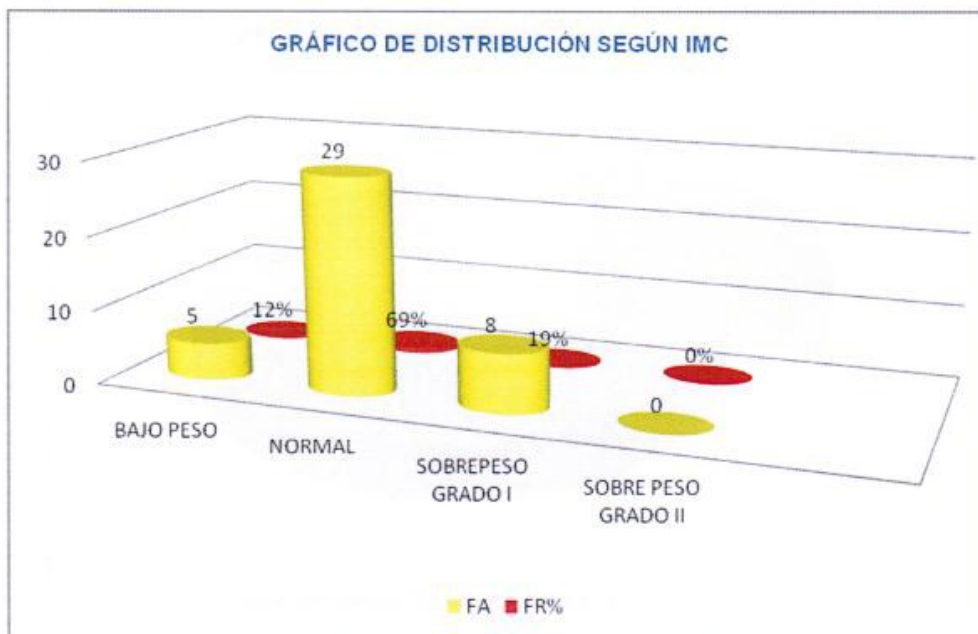
De acuerdo a los fallecimientos de familiares por enfermedades cardiovasculares:

- el 45% manifestó no poseer antecedentes,
- el 36% expresó algún padecimiento y
- el 19% lo desconoce.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

14.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN IMC

IMC	FA	FR%
Bajo peso	5	12%
Normal	29	69%
Sobrepeso grado I	8	19%
Sobrepeso grado II	0	0%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según el cálculo de I.M.C (Peso/Talla x Talla, kg/m²), se obtuvo que

- el 69% está dentro del Peso normal,
- el 19% tiene sobrepeso y
- el 12% se encuentra con bajo peso.³

³ El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

15.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OBESIDAD

OBESIDAD	FA	FR%
SI	13	31%
NO	29	69%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

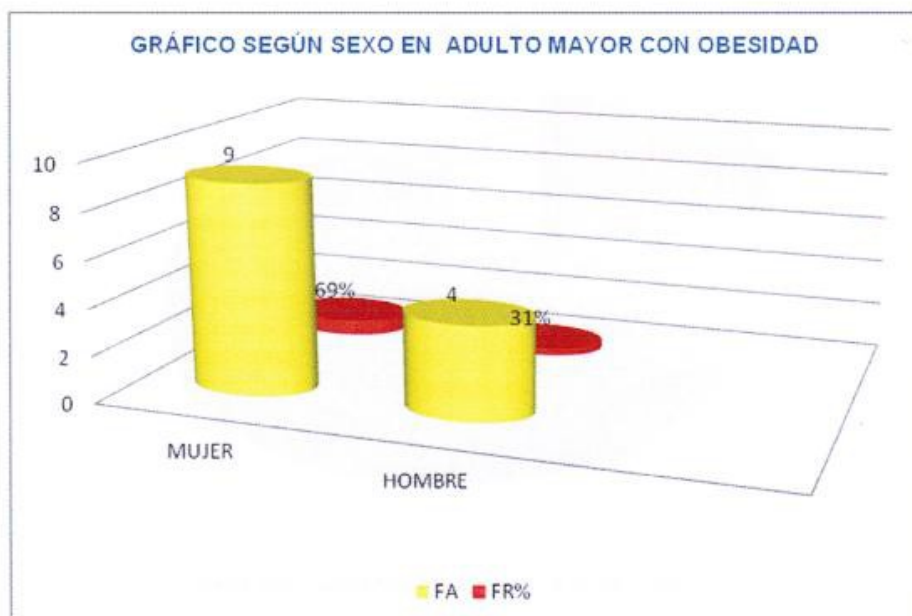
- el 69% de la población analizada no es obeso,
- mientras que el 31% si lo es.⁴

⁴ Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso
Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

16.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON OBESIDAD SEGÚN SEXO

OBESIDAD	FA	FR%
FEMENINO	9	69%
MASCULINO	4	31%
TOTAL	13	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según los datos de las personas estudiadas con Obesidad hallamos:

- Al 69% es femenino y
- Al 31% masculino

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

17.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TABAQUISMO

TABAQUISMO	FA	FR%
SI	8	19%
NO	34	81%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según tabla y gráfico se indica que:

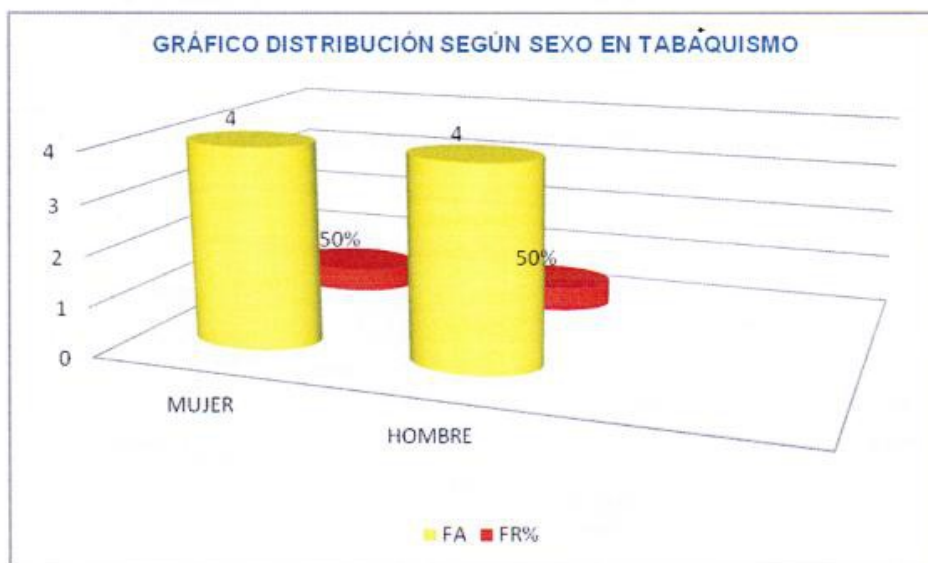
- el 81% de la población no es fumadora,
- si lo es el 19%.⁵

⁵ El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares. En nuestro país existen leyes que regulan quien puede comprar y consumir y donde se puede fumar.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

18.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TABAQUISMO SEGÚN SEXO

TABAQUISMO	FA	FR%
FEMENINO	4	50%
MASCULINO	4	50%
TOTAL	8	100%



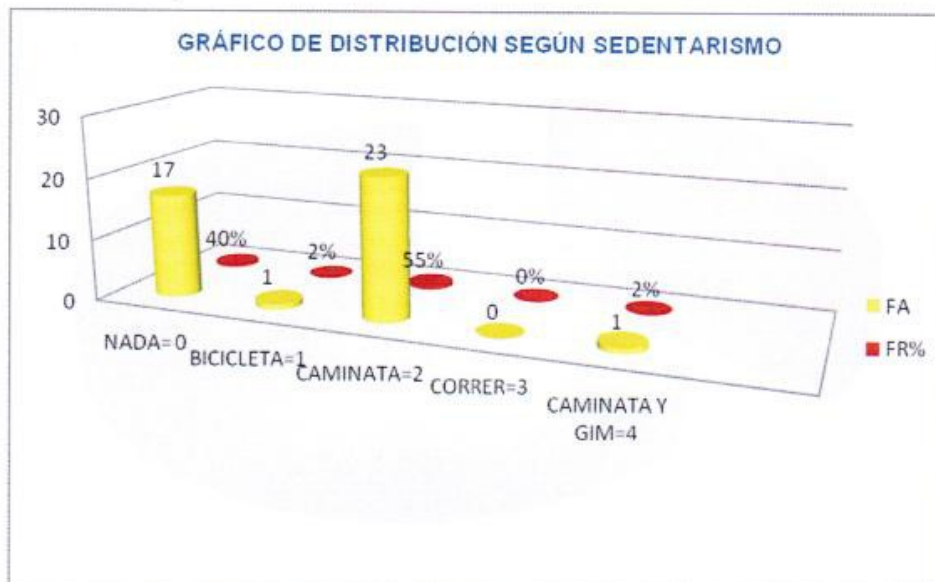
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Entre los usuarios con hábito nocivo de Tabaquismo encontramos:

- el 50% femenino
- 50% masculino

19.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA

SEDENTARISMO	FA	FR%
Nada=0	17	40%
Bicicleta =1	1	2 %
Caminata =2	23	55%
Correr = 3	0	0%
Caminata y gimnasio=4	1	2%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

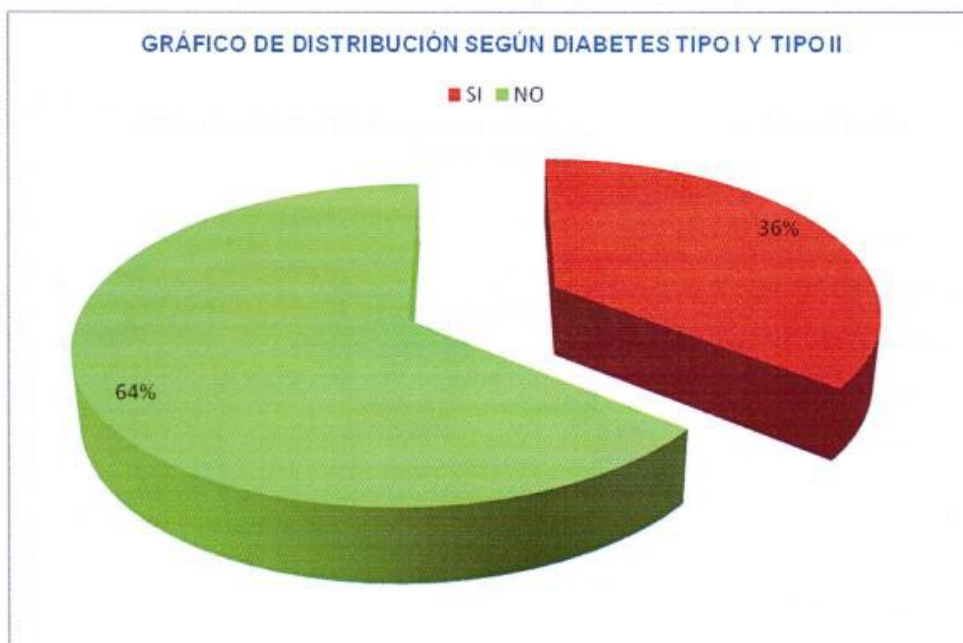
- el 55% declaró que realiza caminatas,
- el 40% de los indagados no realizan ningún tipo de actividad física,
- el 2% anda en bicicleta y
- el restante 2% concurre a un gimnasio.⁶

⁶ Las enfermedades no trasmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud en la mayoría de los países. (OMS). Un nivel adecuado reduce el riesgo de HTA, ACV, diabetes, ca de mama y colon, depresión y caídas. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social no solo individual.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

20.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIABETES TIPO I Y TIPO II

DIABETES	FA	FR%
SI	15	36%
NO	27	64%
TOTAL	42	100%



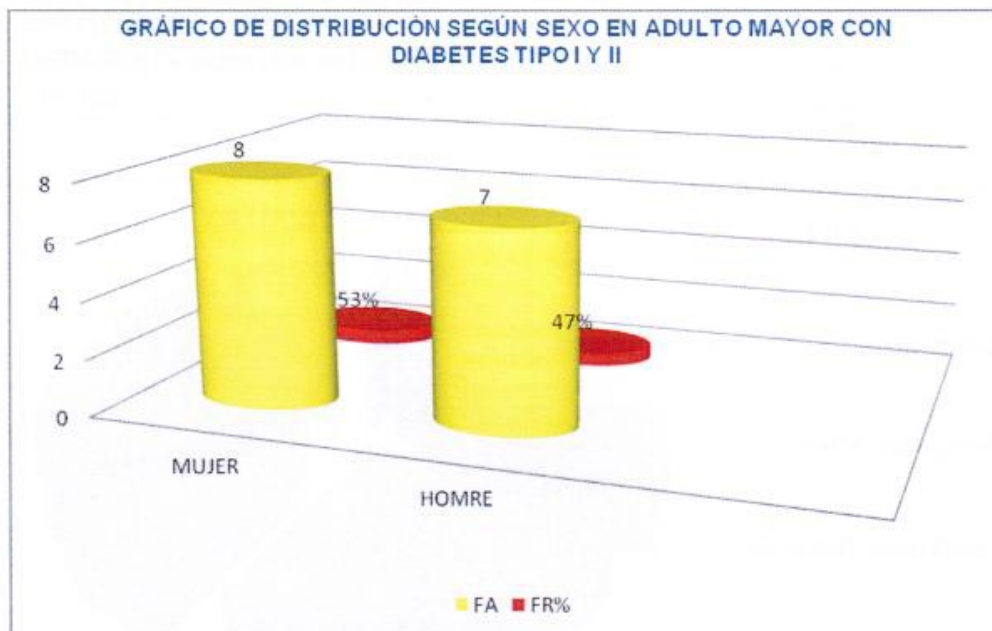
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De la tabla y el gráfico de la distribución de la población según diabetes, se desprende que,

- el 64% expresa no ser diabético
- frente al 36% que si lo es.

21.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES SEGÚN SEXO

DIABETES	FA	FR%
FEMENINO	8	53%
MASCULINO	7	47%
TOTAL	15	100%



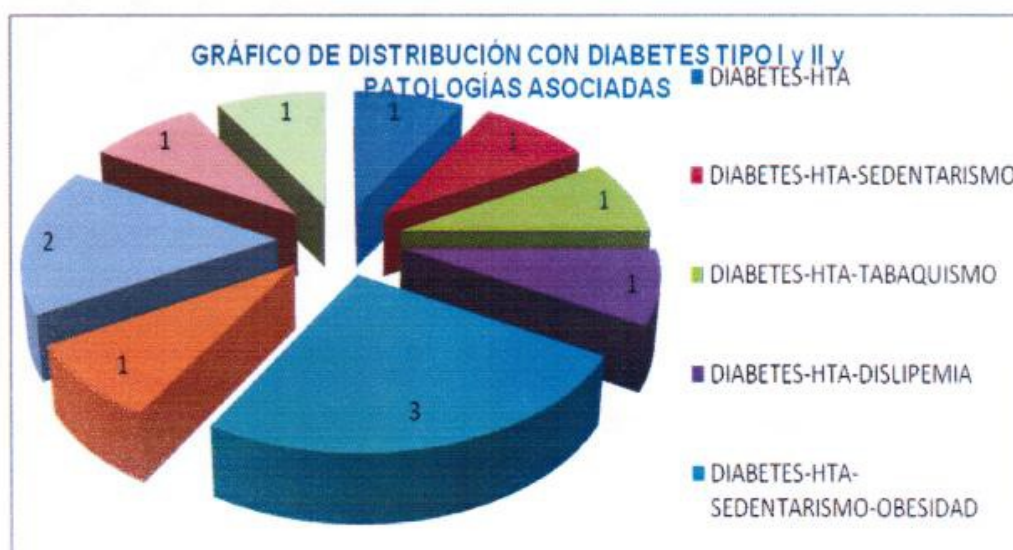
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De los encuestados que refieren son diabéticos tipo I y II, la tabla y el gráfico según el sexo:

- el 53% de la población estudiada es sexo femenino
- mientras que el 47% es de sexo masculino

22.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES TIPO I Y II Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

DIABETES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS	FA	FR%
DIABETES-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA	1	7%
DIABETES-HTA-TABAQUISMO	1	7%
DIABETES-HTA-SEDENTARISMO-OBESIDAD. TABAQUISMO	1	7%
DIABETES-HTA-SEDENTARISMO-OBESIDAD	1	7%
DIABETES-HTA-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA-TABAQUISMO	1	7%
DIABETES-HTA-SEDENTARISMO	1	7%
DIABETES-HTA-DISLIPEMIA-SEDENTARISMO	1	7%
DIABETES-HTA	1	7%
DIABETES-HTA-DISLIPEMIA-OBESIDAD	2	13%
DIABETES-HTA-DISLIPEMIA	2	13%
DIABETES-HTA-SEDENTARISMO-OBESIDAD-DISLIPEMIA	3	20%
TOTAL	15	100%



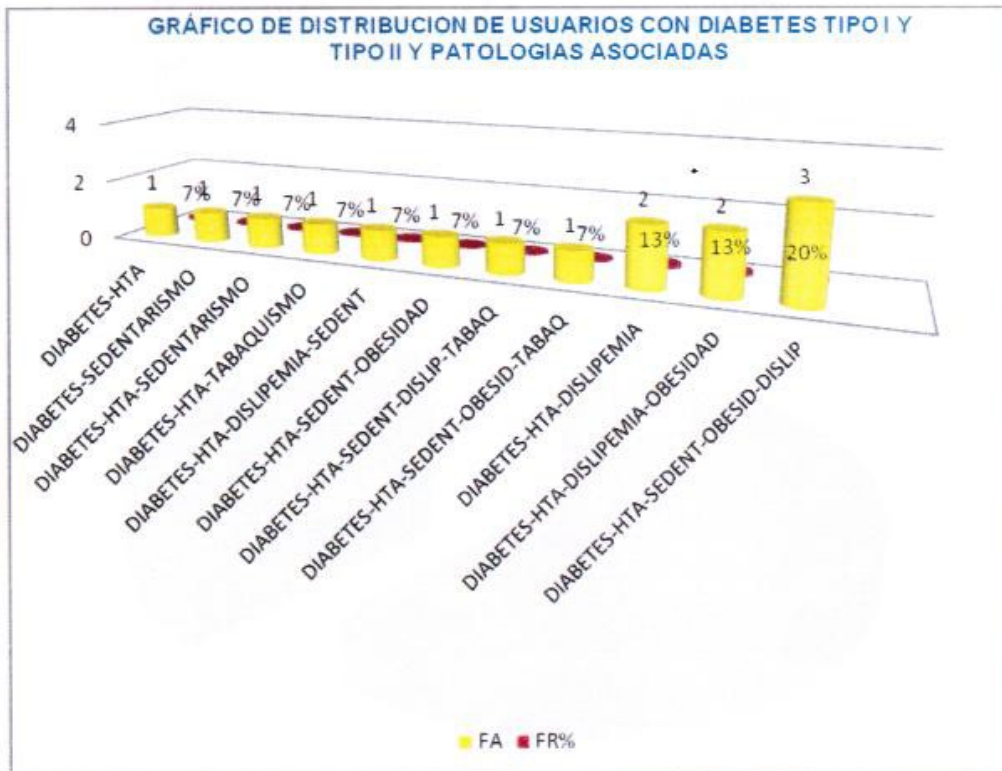
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De la población investigada que refirió tener Diabetes Tipo I y II se encontró:

- 20% Diabetes con otras patologías combinadas (HTA, Sedentarismo, Obesidad, Dislipemia)
- 7% Diabetes combinada con Sedentarismo y Dislipemia.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

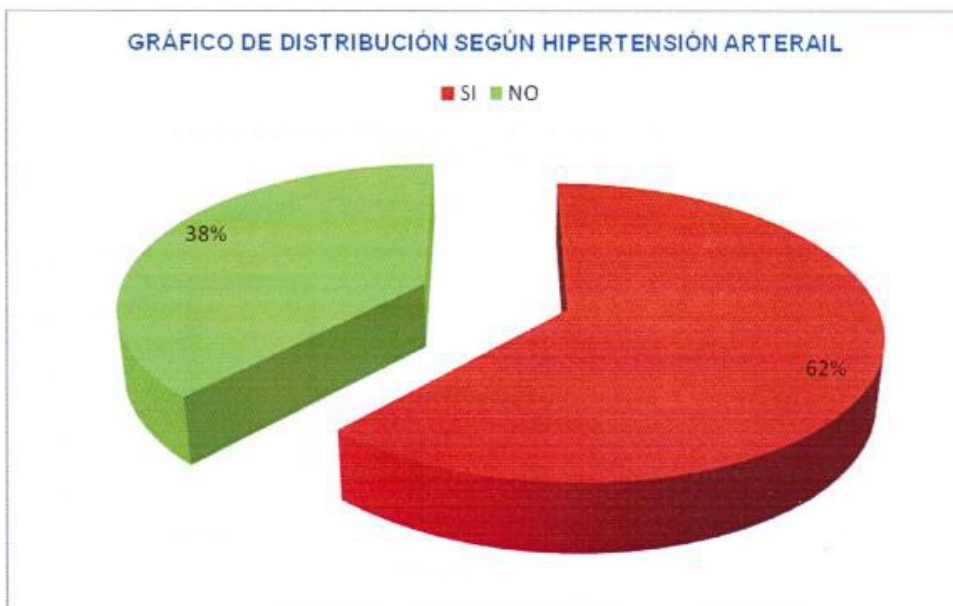
GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN USUARIOS CON DIABETES TIPO I Y TIPO II Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

23.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

HIPERTENSIÓN	FA	FR%
SI	26	62%
NO	16	38%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

En el conjunto de interrogados nos enfrentamos ⁷

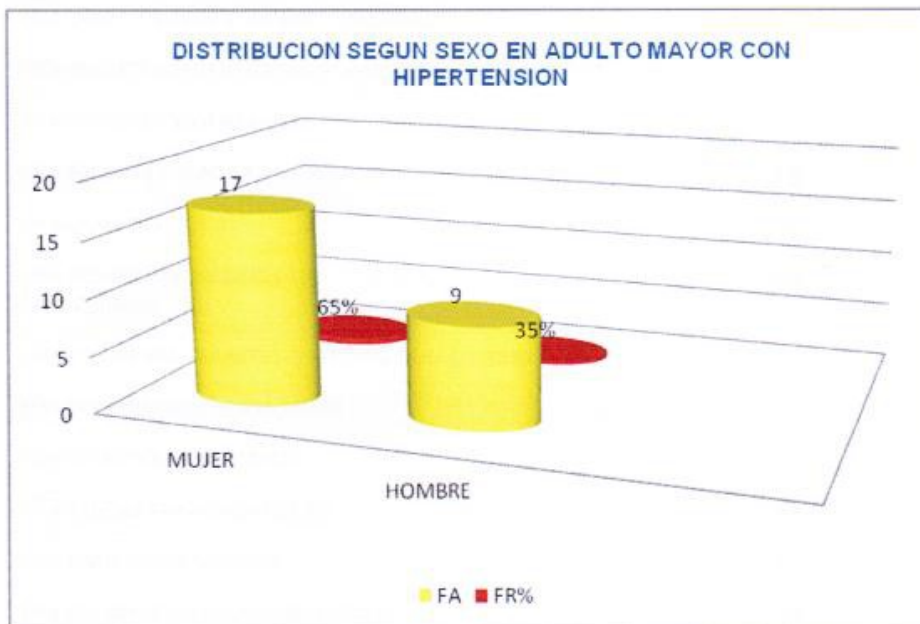
- al 62% de Hipertensos y
- al 38% que no lo es.

⁷ Los niveles de presión arterial elevados aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y/o acelera los cambios en la pared vascular de los órganos diana como riñón, cerebro corazón y ojo

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

24.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN SEXO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	FA	FR%
FEMENINO	17	65%
MASCULINO	9	35%
TOTAL	26	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

En esta tabla y gráfico establece que de la población estudiada con Hipertensión arterial según sexo:

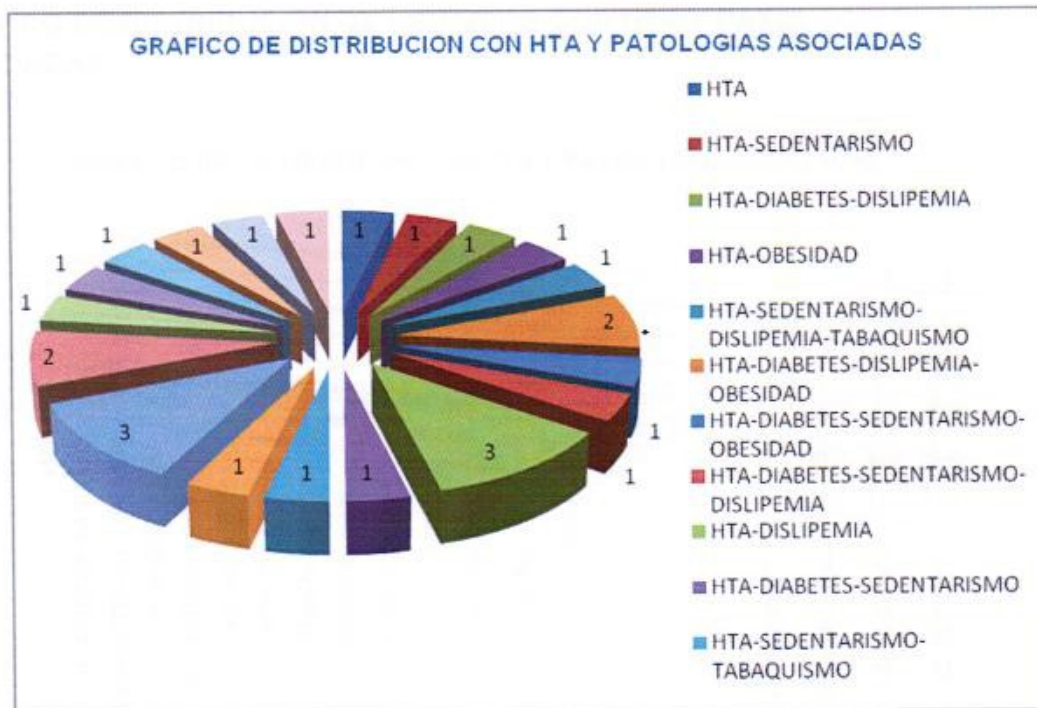
- un 65% es femenino y
- el 35% masculino

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

25.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON HTA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

HTA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS	FA	FR%
HTA	1	4%
HTA-SEDENTARISMO	1	4%
HTA-DIABETES-DISLIPEMIA	1	4%
HTA-OBESIDAD	1	4%
HTA-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA-TABAQUISMO	1	4%
HTA-DIABETES-SEDENTARISMO-OBESIDAD	1	4%
HTA-DIABETES-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA	1	4%
HTA-DIABETES-SEDENTARISMO	1	4%
HTA SEDENTARISMO-TABAQUISMO	1	4%
HTA-DIABETES	1	4%
HTA-DISLIPEMIA-DIABETES-SEDENTARISMO-TABAQUISMO	1	4%
HTA-DISLIPEMIA-DIABETES-OBESIDAD-TABAQUISMO	1	4%
HTA-DISLIPEMIA-SEDENTARISMO	1	4%
HTA-DIABETES-TABAQUISMO	1	4%
HTA-SEDENTARISMO-OBESIDAD	1	4%
HTA-DIABETES-DISLIPEMIA	1	4%
HTA-DIABETES-DISLIPEMIA-OBESIDAD	2	8%
HTA-DISLIPEMIA-OBESIDAD	2	8%
HTA-DISLIPEMIA	3	12%
HTA-DIABETES-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA-OBESIDAD	3	12%
TOTAL	26	100%

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27.31 y 6, 20 Setiembre

De la tabla y gráfico se desprende de los encuestados con Hipertensión Arterial:

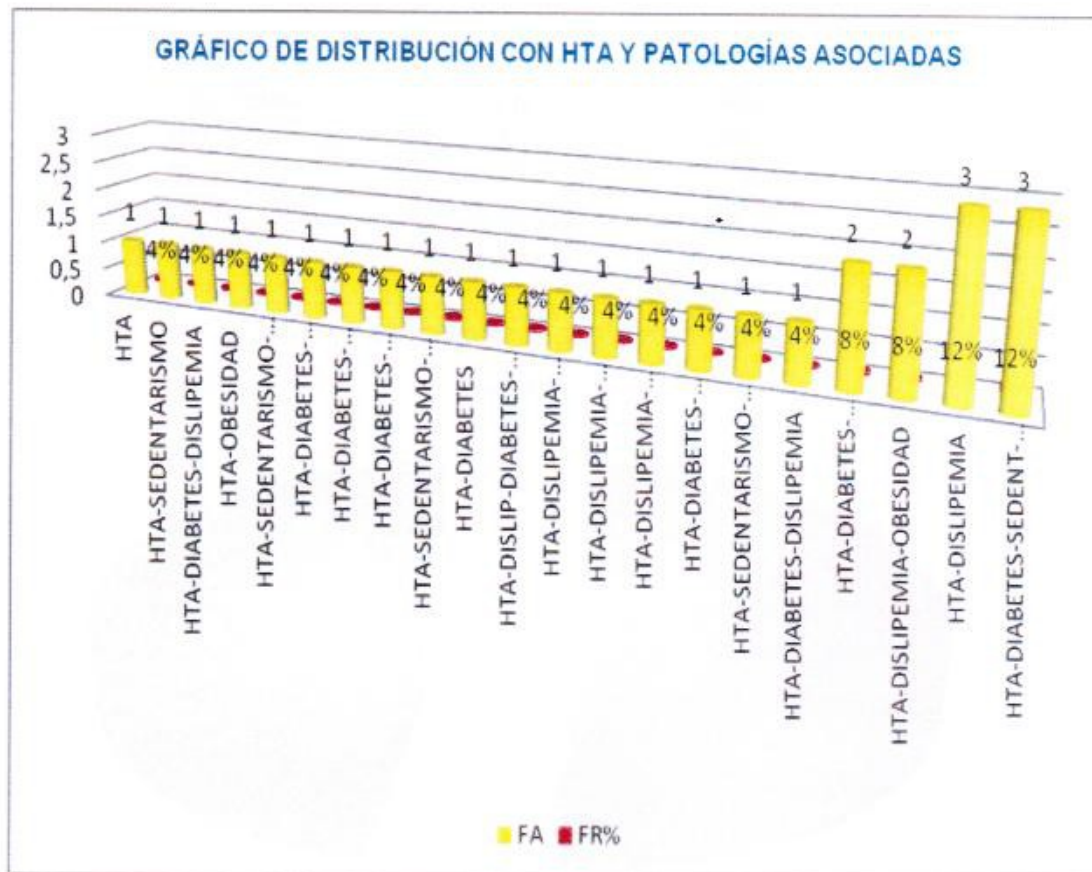
- 1 HTA 4%

Obtuvimos el resto de los a Hipertensos con patologías combinadas

- 1 HTA-Diabetes 4%
- 13 HTA-Diabetes- otras patologías 50%
- 1 HTA-Sedentarismo 4%
- 1 HTA-Sedentarismo-tabaquismo 4%
- 1 HTA-Sedentarismo-Dislipemia-Tabaquismo 4%
- 1 HTA-Obesidad 4%
- 3 HTA- Dislipemia 11%
- 2 HTA-Dislipemia-Obesidad 7%
- 1 HTA-Dislipemia-Sedentarismo 4%
- 1 HTA-Sedentarismo-obesidad 4%

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

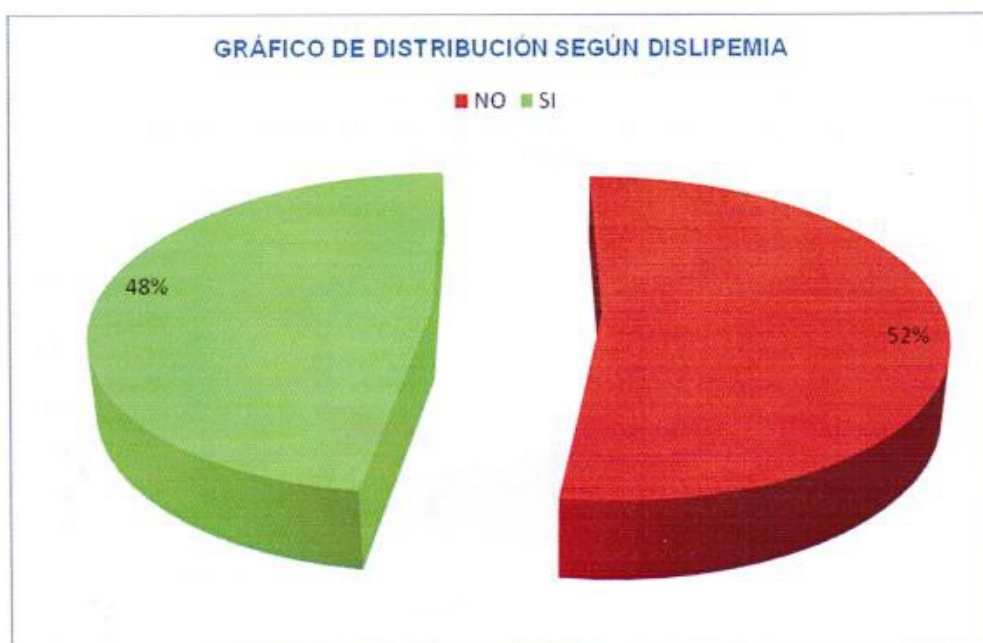
GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS CON HTA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS



Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

26.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PRESENCIA DE DISLIPEMIA

DISLIPEMIA	FA	FR%
NO	22	52%
SI	20	48%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

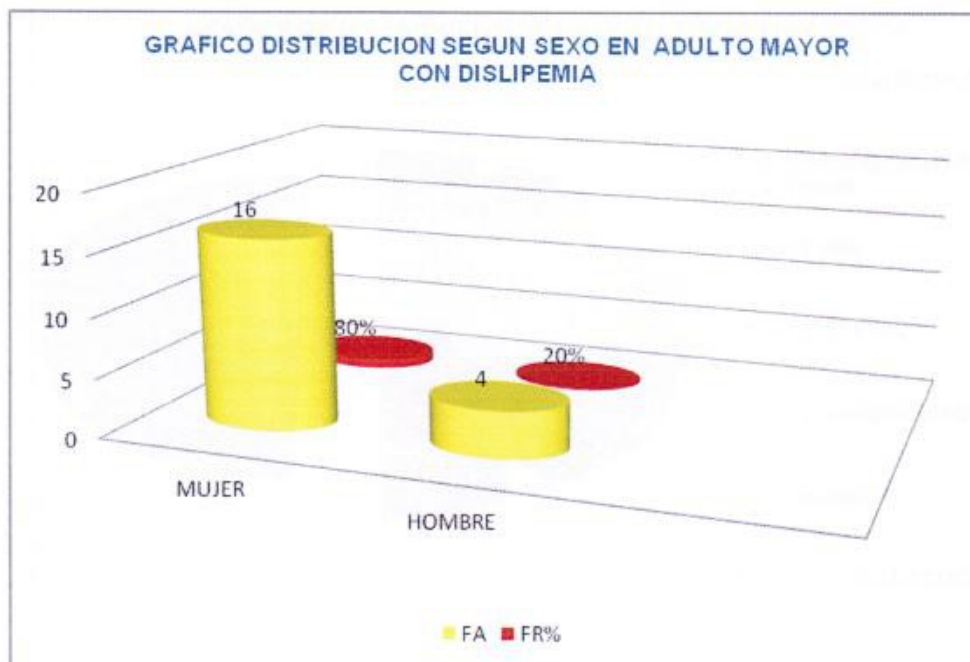
De este gráfico se desprende que

- el 48% presenta dislipemia y
- el 52% no la presenta.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

27.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISLIPEMIA SEGÚN SEXO

DISLIPEMIA	FA	FR%
FEMENINO	16	80%
MASCULINO	4	20%
TOTAL	20	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

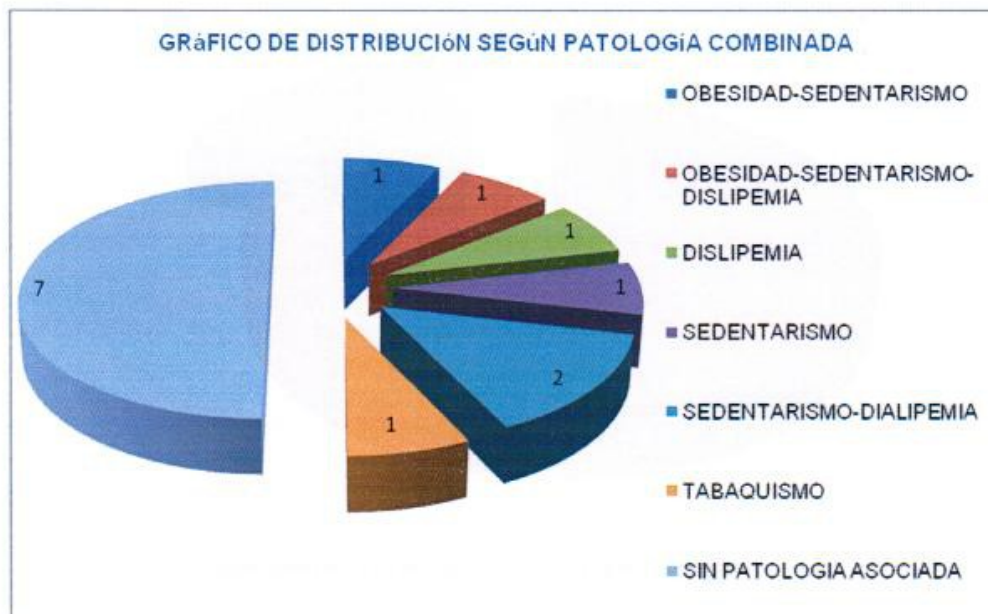
Según la tabla y el gráfico de la población encuestada que manifestó Dislipemia:

- El 80% es femenino y
- Un 20% masculino

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

28.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

PATOLOGÍAS COMBINADAS	FA
OBESIDAD-SEDENTARISMO	1
OBESIDAD-SEDENTARISMO-DISLIPEMIA	1
DISLIPEMIA	1
SEDENTARISMO	1
SEDENTARISMO-DISLIPEMIA	2
TABAQUISMO	1
SIN PATOLOGÍA COMBINADA	7
TOTAL	14



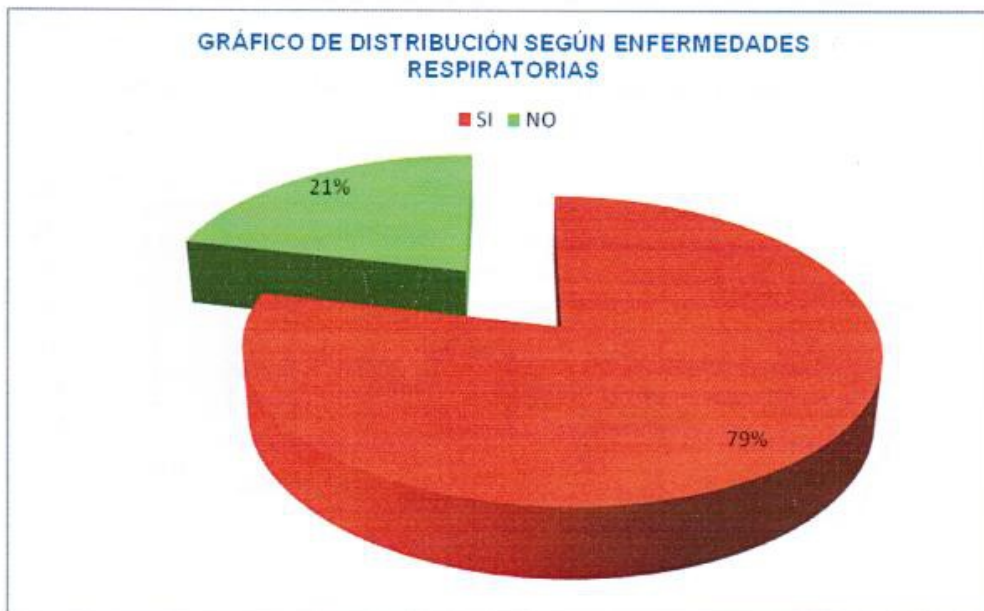
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27, 31 y 6, 20 Setiembre

Del estudio realizado en la población encuestada con otras patologías se obtuvo:

- 1 obesidad-sedentarismo
- 1 obesidad-sedentarismo-dislipemia
- 1 dislipemia
- 1 sedentarismo
- 2 sedentarismos-dislipemia
- 1 tabaquismo
- 7 SIN PATOLOGÍAS COMBINADAS

29. TABLA DE -DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ENF RESPIRATORIAS	FA	FR%
SI	33	79%
NO	9	21%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

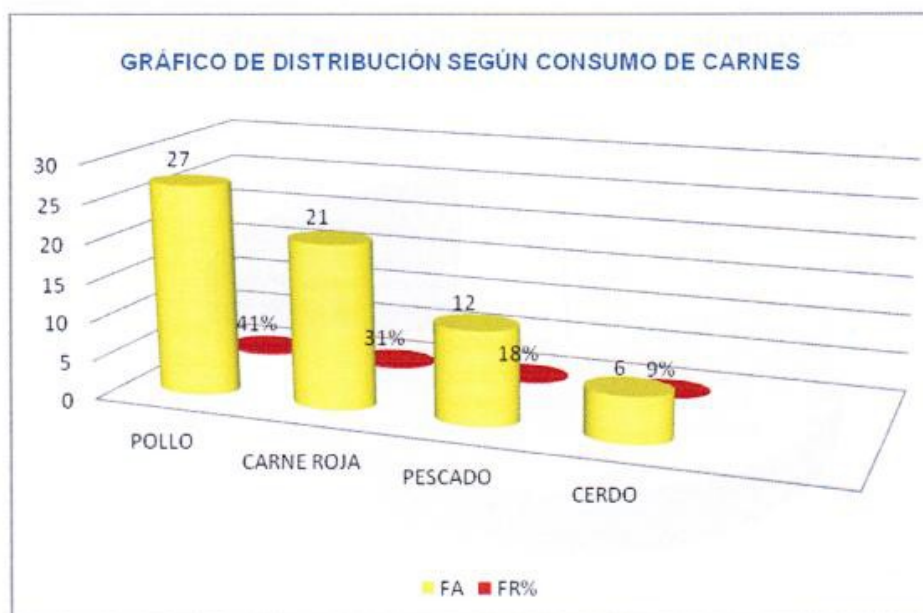
En los encuestados encontramos que

- el 79% de la población sufre desórdenes respiratorios,
- contra el 21% que no presenta dichas patologías.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

30.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONSUMO MÁS ELEVADO DE DISTINTOS TIPOS DE CARNE TRES VECES POR SEMANA

CONSUMO TRES VECES POR SEMANA	FA	FR%
POLLO	27	41%
CARNE ROJA	21	32%
PESCADO	12	18%
CERDO	6	9%
TOTAL	66	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Consumo de carnes 3 veces/semana:

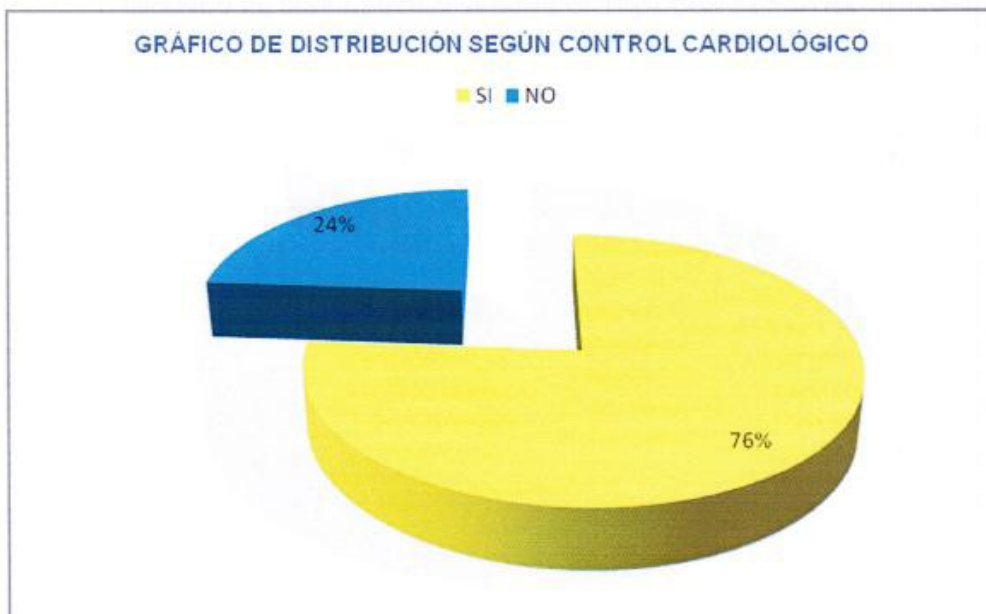
- 41% pollo
- 31% carne roja
- 18% pescado
- 9% cerdo.⁸

⁸ Las necesidades nutricionales en la vejez requiere unos cambios adaptativos de energía y nutrientes por la que para mantener un buen estado de salud, son necesarias unas pautas alimentarias algo diferentes a las del resto de la población.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

31.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL CARDIOLÓGICO

CARDIÓLOGO	FA	FR%
SI	32	76%
NO	10	24%
TOTAL	42	100%



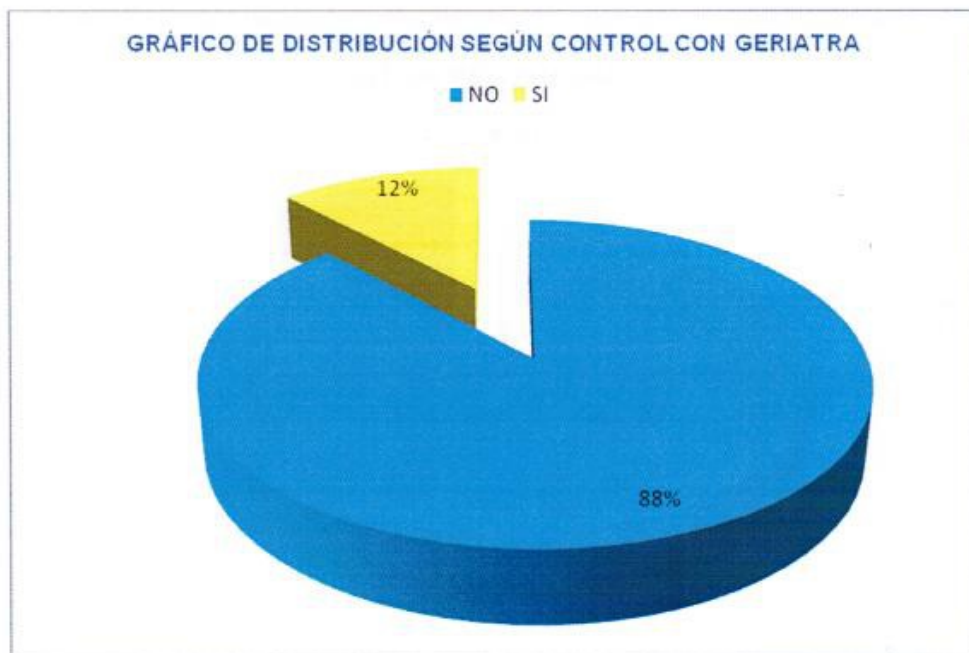
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- El 76% de los encuestados se realiza controles con médico Cardiólogo,
- el 24% no lo realiza

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

32.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL CON GERIATRA

GERIATRA	FA	FR%
NO	37	88%
SI	5	12%
TOTAL	42	100%



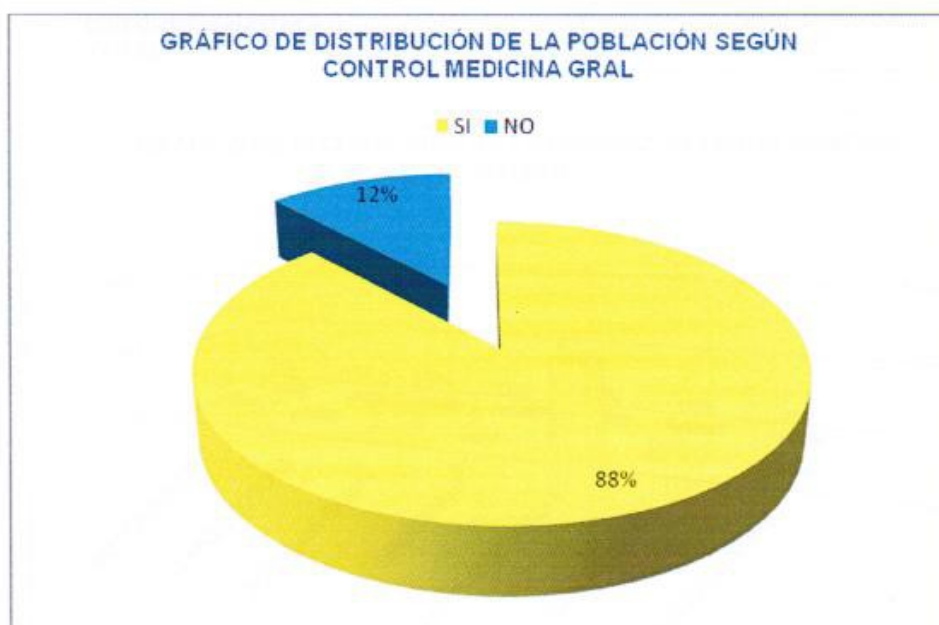
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- el 88% de los encuestados no se realiza control con médico Geriatria,
- el 12% si lo realiza.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

33.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL CON MEDICINA GENERAL

MEDICINA GENERAL	FA	FR%
SI	37	88%
NO	5	12%
TOTAL	42	100%

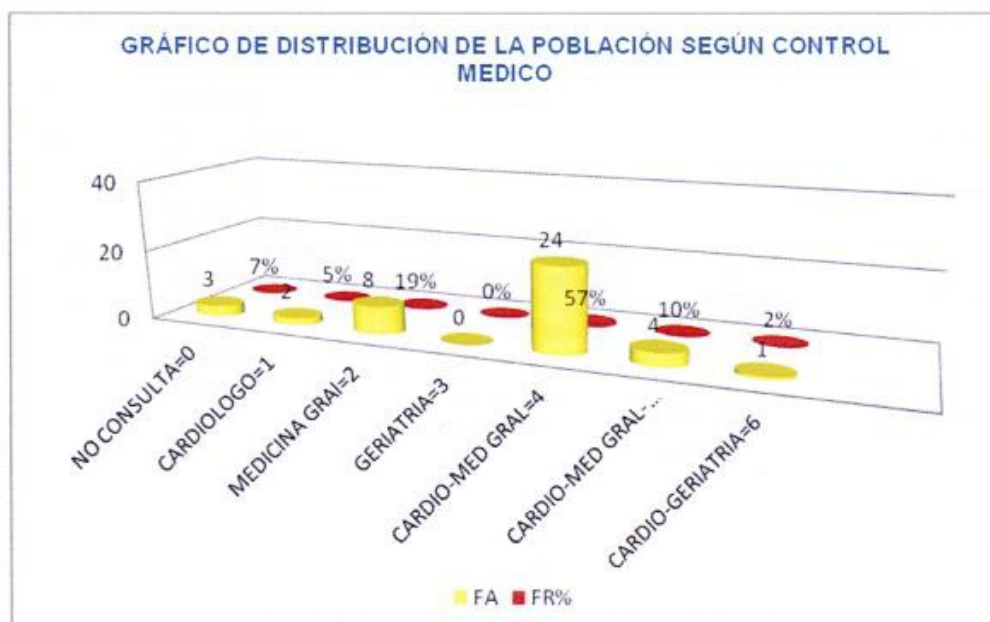


Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- el 88% declara que consulta con medicina general,
- el 12% no lo realiza.

34.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL MEDICO

CONTROL MEDICO	FA	FR%
No consulta = 0	3	7%
Cardiólogo = 1	2	5%
Medicina Gral. = 2	8	19%
Geriatría = 3	0	0%
Cardio-Med Gral. = 4	24	57%
Cardio-Med Gral-Geriatría = 5	4	10%
Cardio-Geriatría =6	1	2%
TOTAL	42	100%



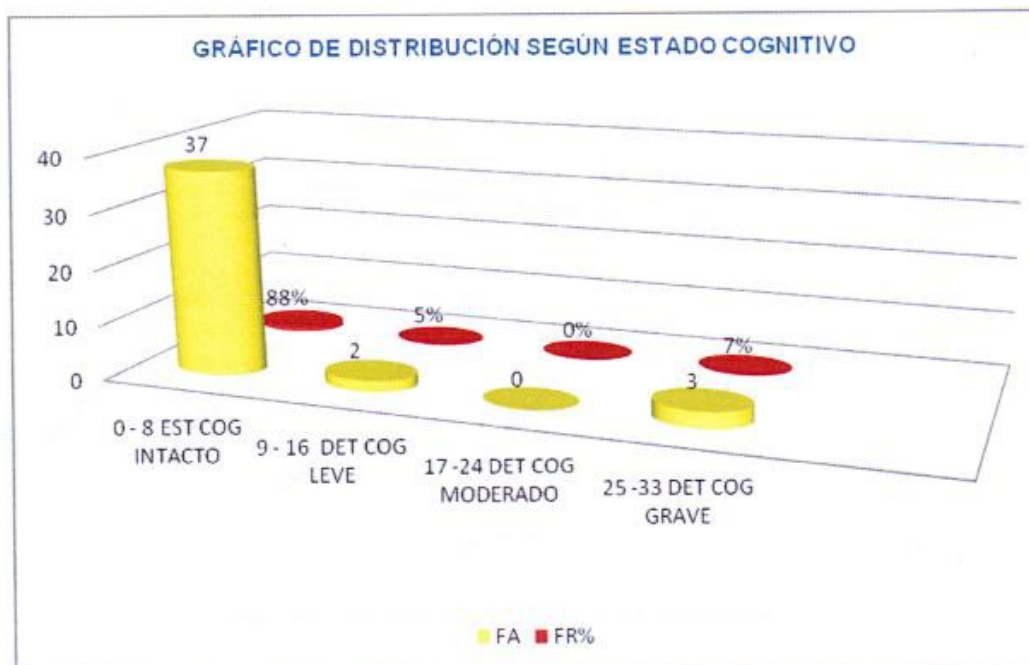
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según los controles médicos la población se distribuye:

- el 57% consulta con Cardiólogo y Medicina Gral.,
- el 19% solo con Medicina Gral., el 10% agrega a éstas con Geriatría,
- el 7% no concurre a médicos,
- el 5% visita al Cardiólogo y
- el 2% consulta a éste y al Geriatra.

35.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO COGNITIVO

ESTADO COGNITIVO	FA	FR%
0 – 8 Est. Cog. Intacto	37	88%
9 – 16 Det. Cog. Leve	2	5%
17-24 Det. Cog. Moderado	0	0%
25 – 33 Det. Cog. grave	3	7%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según la utilización del test de Pfeiffer para conocer el estado cognitivo de las personas pesquisadas hallamos:

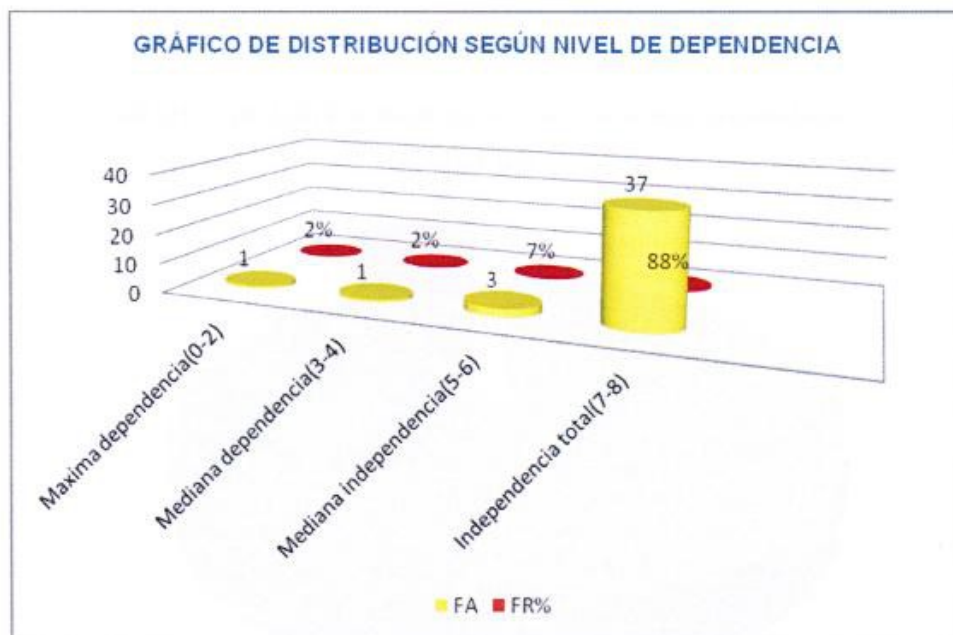
- al 88% con estado cognitivo intacto,
- al 7% con deterioro cognitivo grave y ⁹
- al 5% con deterioro cognitivo leve.

⁹ Las funciones cognitivas están formadas por una serie de etapas interdependientes que definen diferentes momentos del procesamiento mental; datos de entrada, selección organización interpretación evaluación. Eventual utilización posterior.

36.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRADO DE INDEPENDENCIA

GRADO INDEPENDENCIA	FA	FR%
Máxima dependencia(0-2)	1	2%
Mediana dependencia(3-4)	1	2%
Mediana independencia(5-6)	3	7%
Independencia total(7-8)	37	88%
TOTAL	42	100%

10



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Según los datos obtenidos realizando la Escala de Lawton y Brody se obtuvieron:

- el 88% con independencia total,
- el 7% mediana independencia,

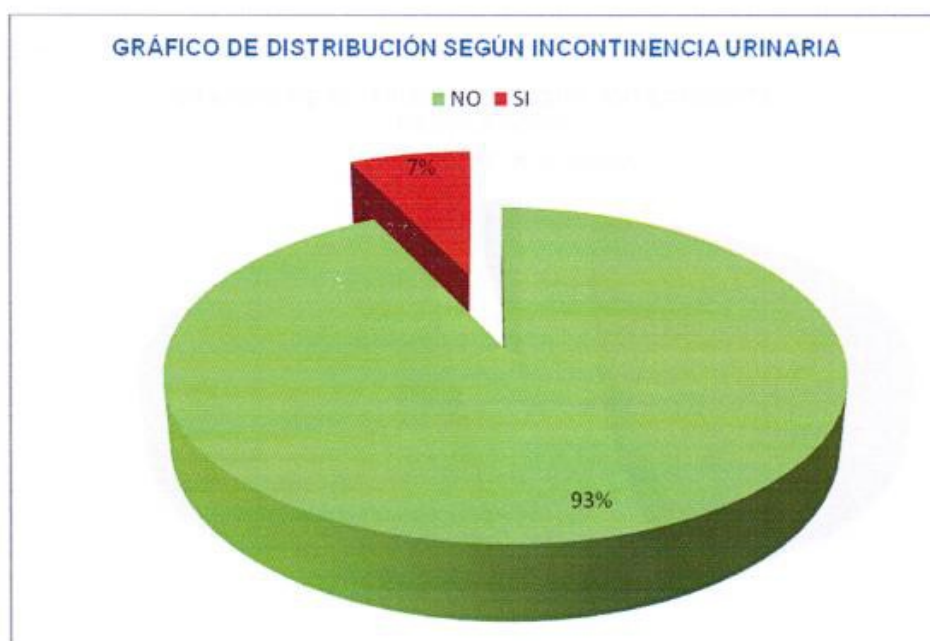
¹⁰ Dependencia: persona con limitaciones físicas o funcionales que evita o impide el desempeño óptimo de las actividades y tareas de la vida del Adulto Mayor.

Independencia total: es cuando el Adulto Mayor puede valerse por sí mismo, asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas y depender de estas para realizar sus tareas diarias.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

37.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INCONTINENCIA URINARIA

INCONTINENCIA URINARIA	FA	FR%
NO	39	93%
SI	3	7%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

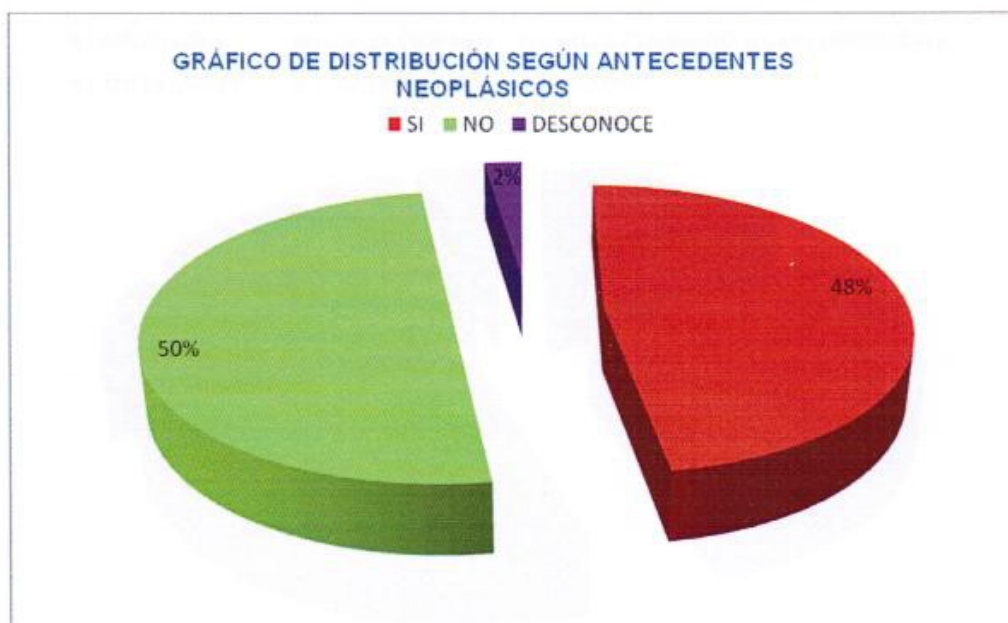
- El 93% de la población aseguró no presentar incontinencia urinaria,
- ante el 7% que si presenta.¹¹

¹¹ Constituye uno de los problemas geriátricos más importantes por su alta prevalencia y consecuencias ya que predispone a complicaciones como UPP, caídas, infecciones urinarias, etc. Pudiendo llevar a deterioro funcional, depresión, aislamiento.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

38.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES NEOPLÁSICOS

ANTECEDENTES NEOPLÁSICOS	FA	FR%
SI	20	48%
NO	21	50%
DESCONOCE	1	2%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

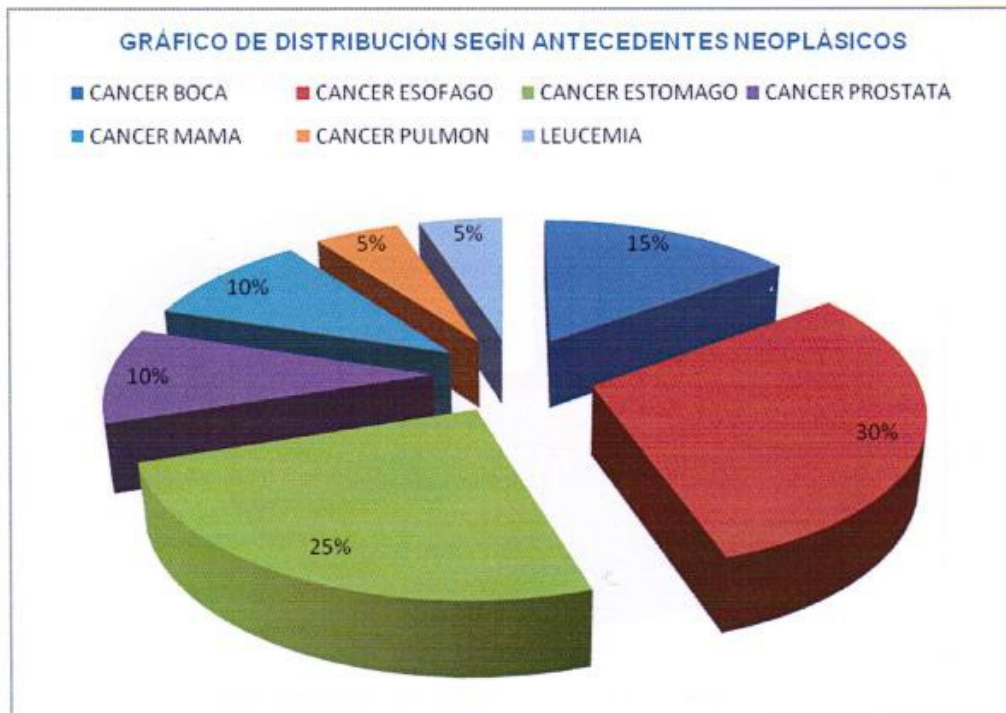
En las encuestas,

- el 50% de usuarios señalan no sufrir antecedentes neoplásicos,
- el 48% si sufre y
- el 2% no sabe.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

39.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES NEOPLÁSICOS

ANT. NEOPLASICO	FA	FR%
Cáncer boca	3	15%
Cáncer esófago	6	30%
Cáncer estomago	5	25%
Cáncer próstata	2	10%
Cáncer mama	2	10%
Cáncer pulmón	1	5%
Leucemia	1	5%
TOTAL	20	100%



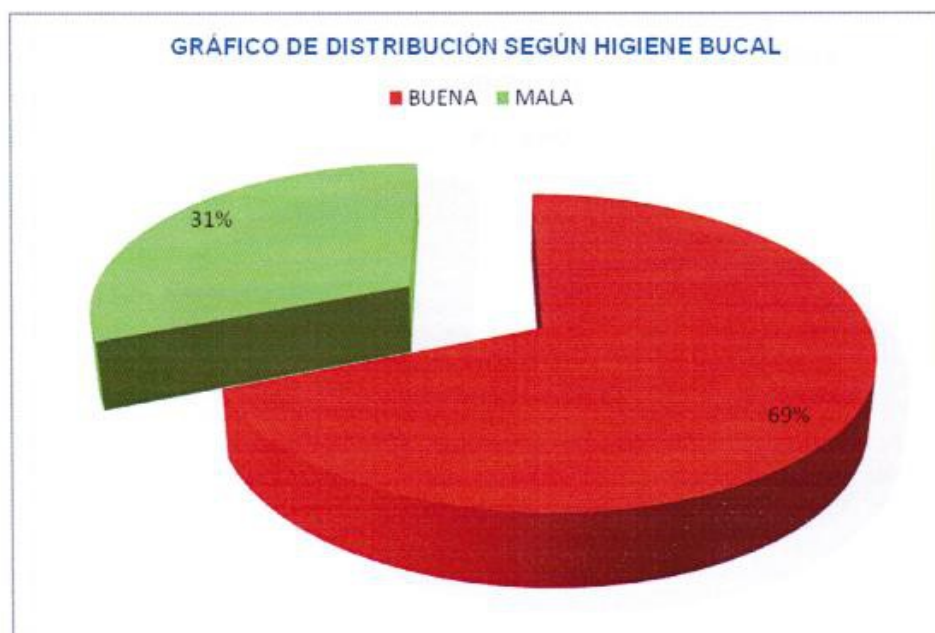
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27, 31 y 6, 20 Setiembre

Entre los 20 usuarios con antecedentes neoplásicos encontramos

- el 30% Ca de esófago,
- 25% Ca de estómago,
- 15% Ca de boca,
- 10% Ca de próstata,
- 10% Ca de mama,
- 5% Ca de pulmón y
- 5% con leucemia.

40.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN HIGIENE BUCAL

HIGIENE BUCAL	FA	FR%
Buena	29	69%
Mala	13	31%
TOTAL	42	100%



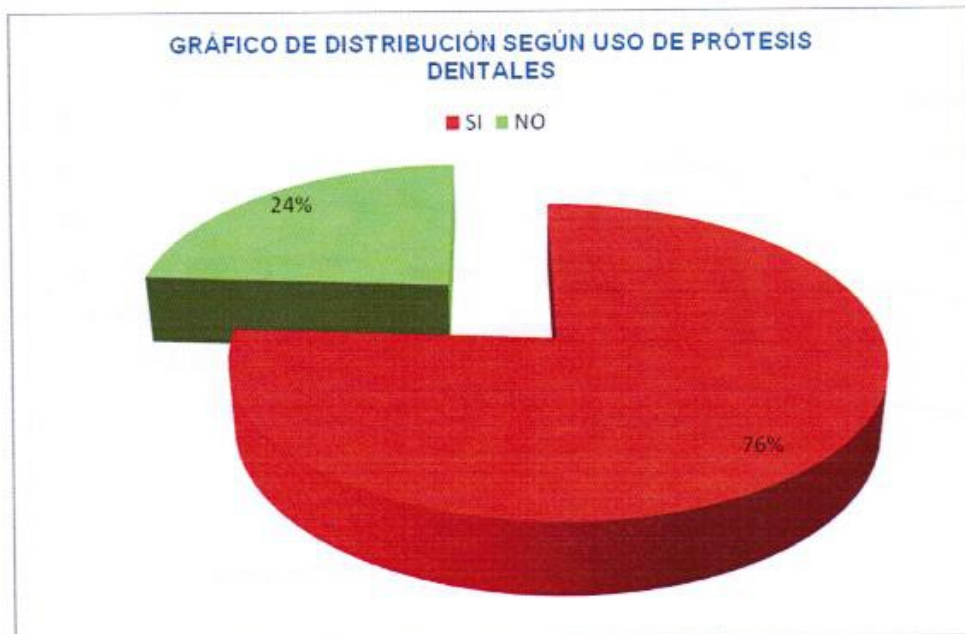
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- el 69% de la población afirmó mantener buena higiene bucal,
- el 31% no la realiza.¹²

¹² En la salud general del Adulto Mayor influye mucho la cavidad bucal, ya que esta tiene utilidad en el lenguaje, la masticación y apariencia física y por ende en su autoestima.

41.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN USO DE PRÓTESIS DENTALES

USO DE PRÓTESIS DENTALES	FA	FR%
SI	32	76%
NO	10	24%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

De este gráfico se desprende que:

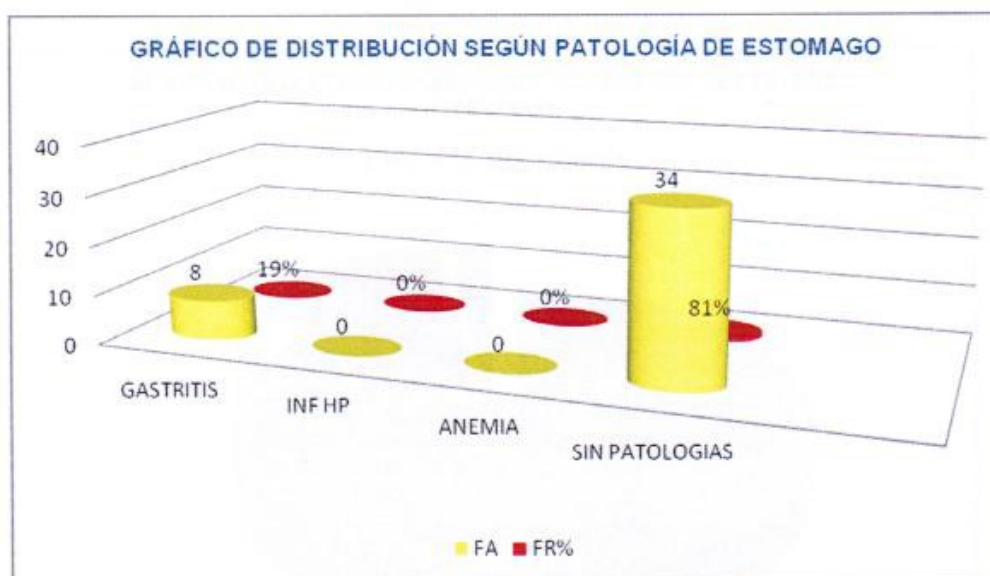
- el 76% de los indagados usan prótesis dental,
- no así el 24%.¹³

¹³ Los Adultos Mayores requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados por el odontólogo, la higiene es indispensable en adultos con prótesis deben limpiarse constantemente en cada comida, la prótesis como la cavidad bucal; quitar la prótesis removibles para dormir. Se deben hacer revisiones con

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

42.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TENENCIA DE PATOLOGÍA DE ESTOMAGO

PATOLOGÍA ESTOMAGO	FA	FR%
Gastritis	8	19%
INF HP	0	0%
Anemia	0	0%
Sin patología	34	81%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

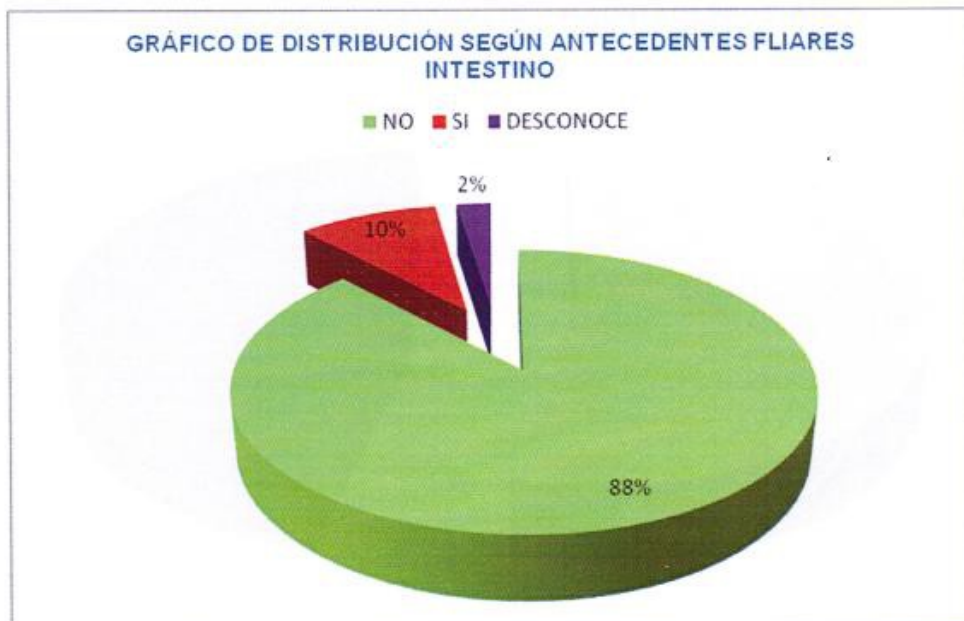
En la búsqueda de información se obtuvo que

- el 81% de las personas aclaran no poseer patologías gástricas,
- el 19% declaró sufrir de gastritis.

odontólogo para examinar el estado de dientes, encías y desgaste o heridas que se pudieron producir con el uso de la prótesis.

43.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE PATOLOGÍAS DE INTESTINO

AF INTESTINO	FA	FR%
NO	37	88%
SI	4	10%
DESCONOCE	1	2%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Entre los antecedentes familiares en patologías de intestino se halló que:

- el 88% no la registra,
- el 10% informa que si ha presentado y
- el 2% no sabe.

44-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL PROSTÁTICO

CONTROL PROSTÁTICO	FA	FR%
SI	8	53%
NO	7	47%
TOTAL	15	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

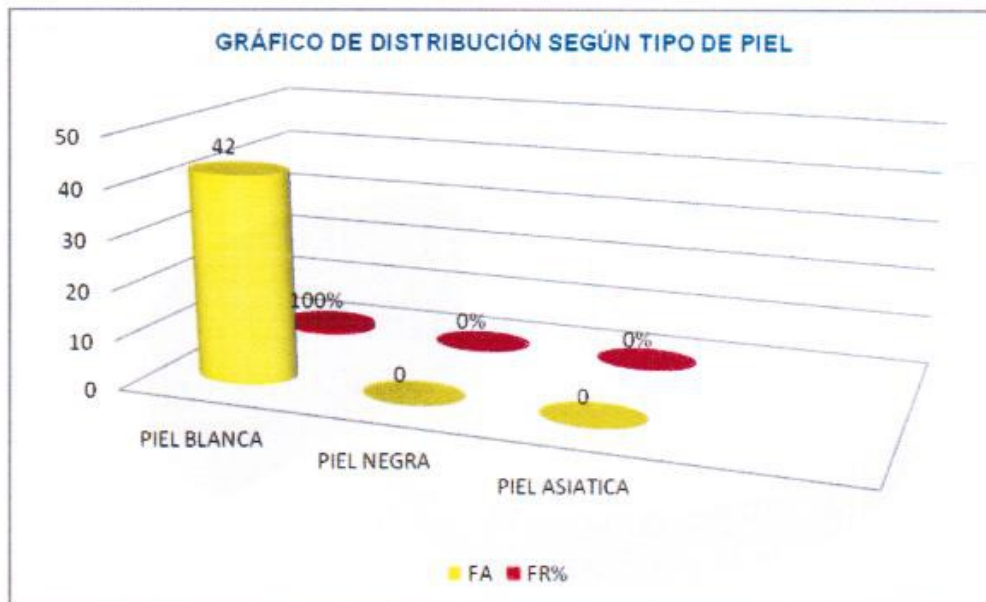
Este gráfico muestra que:

- el 53% de la población masculina encuestada se realiza control de próstata,
- en cambio el 47% no lo realiza.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

45.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE PIEL:

TIPO DE PIEL	FA	FR%
Piel blanca	42	100%
Piel negra	0	0%
Piel asiática	0	0%
TOTAL	42	100%



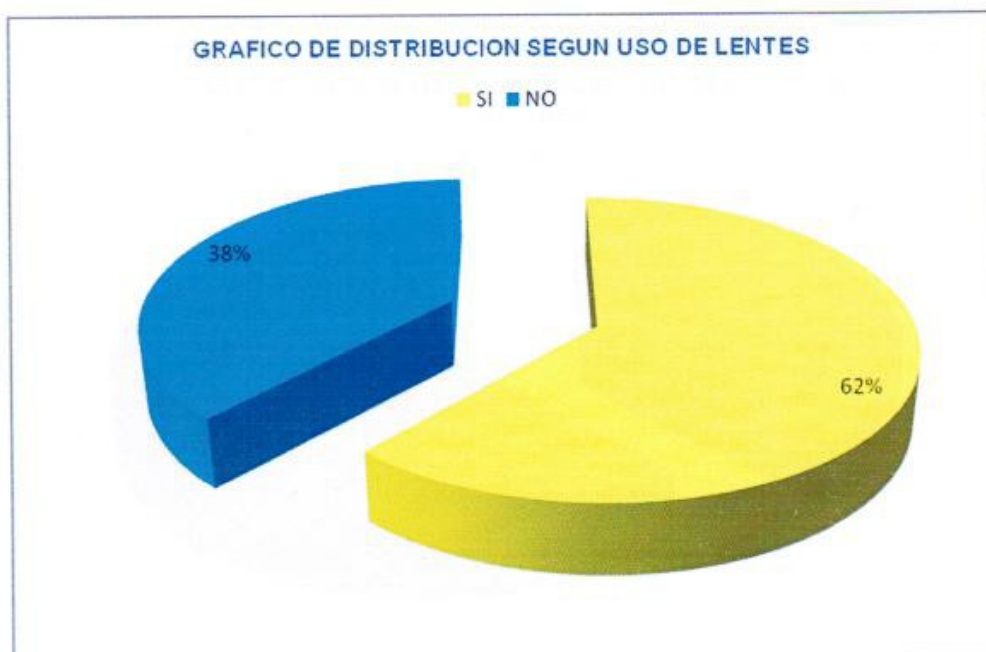
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- El 100% del grupo encuestado es de piel blanca.¹⁴

¹⁴ La piel en los Adultos Mayores es extremadamente frágil. Debe mantenerse limpia, seca e hidratada. Su inspección cuidadosa es muy importante. Como se dijo en el marco teórico la degeneración macular es la causa más común de ceguera permanente en personas mayores. siendo la raza uno de los factores de riesgo(caucásicos)

46.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN USO DE LENTES

USO DE LENTES	FA	FR%
SI	26	62%
NO	16	38%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

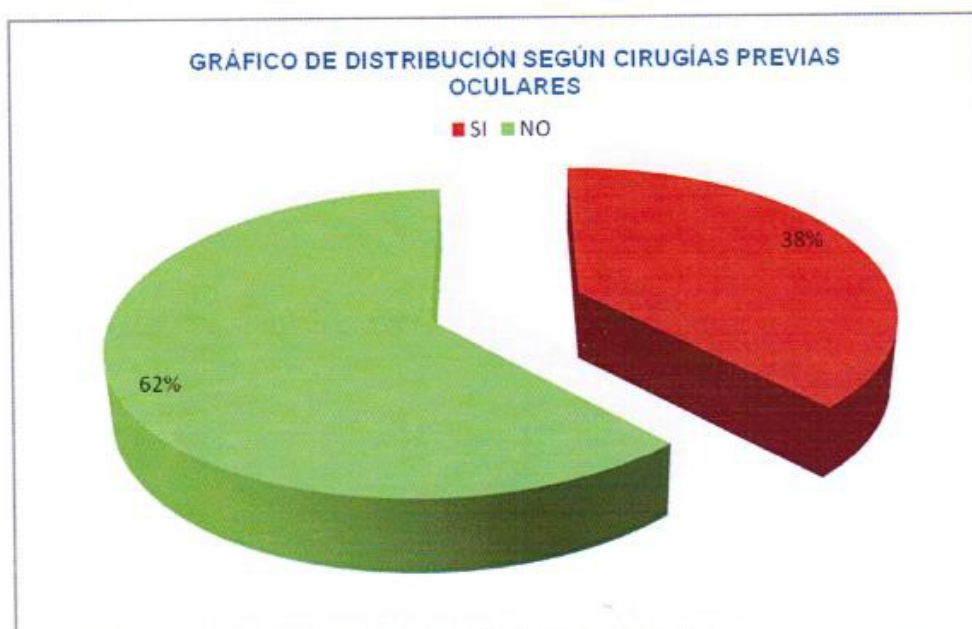
Dentro de los usuarios pesquisados:

- el 62% usa lentes,
- el 38% refiere no necesitar el uso de los mismos.¹⁵

¹⁵ Para que una persona utilice anteojos adecuados debe someterse a una prueba para definir el número de dioptrías que necesita para ver con claridad. Una dioptrías es la unidad de medida empleada para estimar el poder de un lente; mientras mas dioptrías tenga mayor será la capacidad de hacer convergencia o divergencia de la luz

47.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIRUGÍAS OCULARES PREVIAS

CIRUGÍA OCULAR PREVIA	FA	FR%
SI	16	38%
NO	26	62%
TOTAL	42	100%



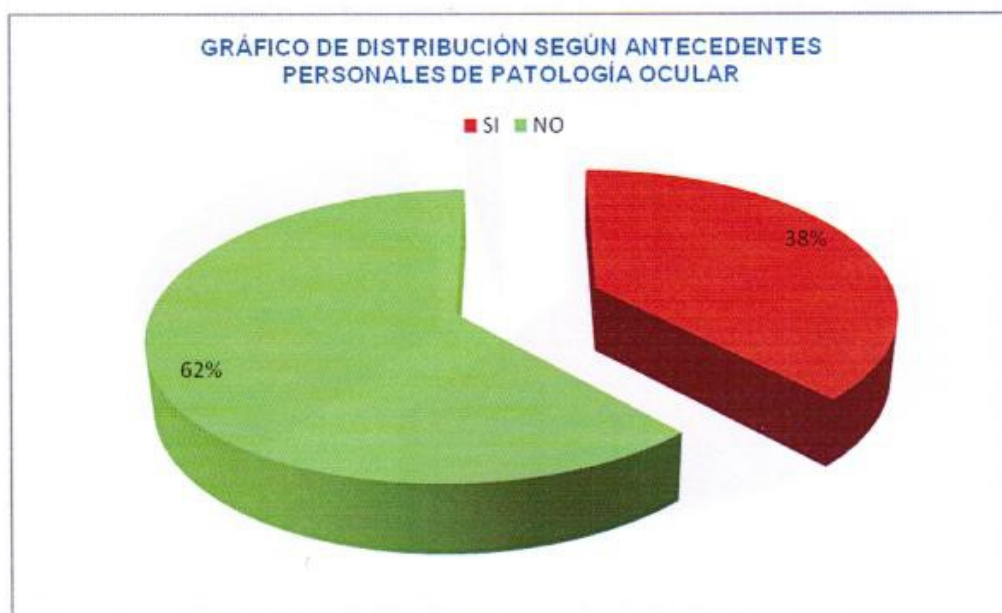
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Se desprende: el 38% de usuarios que han requerido cirugías oculares, el 62% aún no lo ha hecho.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

48.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGÍA OCULAR

AP PATOLOGÍA OCULAR	FA	FR%
SI	16	38%
NO	26	62%
TOTAL	42	100%



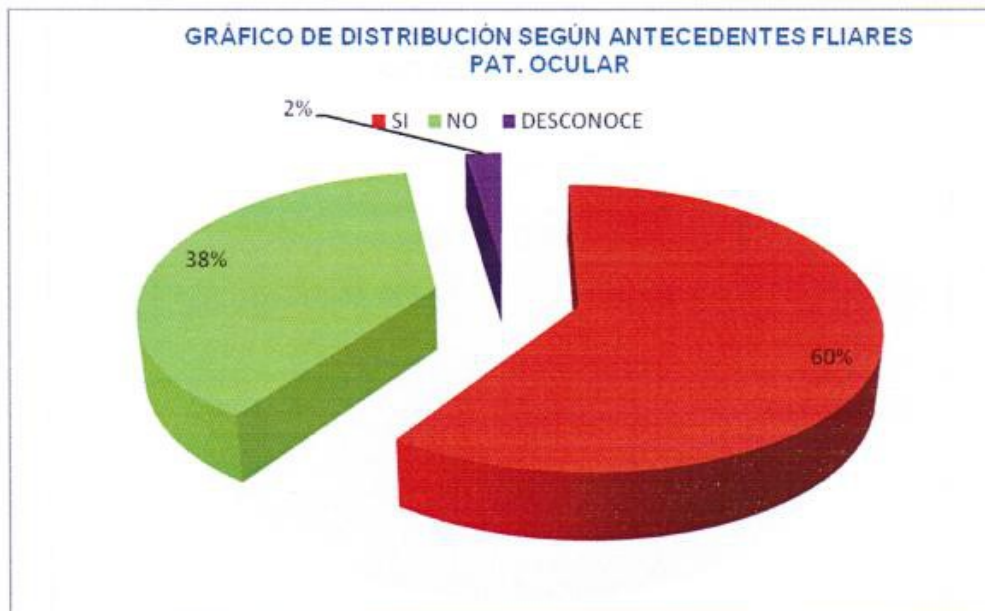
Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Este gráfico muestra que:

- el 62% no posee antecedentes personales de patología ocular,
- el 38% presenta algún tipo de enfermedad oftalmológica.

49.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE PATOLOGÍA OCULAR

AF PATOLOGÍA OCULAR	FA	FR%
SI	25	60%
NO	16	38%
DESCONOCE	1	2%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

Los antecedentes familiares presentes equivalen:

- al 60% de la población,
- en el 38% están ausentes y
- el 2% no sabe

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

50.-TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONTROL OFTALMOLÓGICO

CONTROL OFT	FA	FR%
SI	42	100%
NO	0	0%
TOTAL	42	100%



Fuente: Instrumento ETSA Agosto 16, 19, 27,31 y 6, 20 Setiembre

- El 100% de nuestros encuestados ha mantenido visitas al médico Oftalmólogo.¹⁶

¹⁶ Para que una persona utilice los anteojos adecuados se debe someter a una prueba para definir el número de dioptrías que necesita para ver con claridad. De acuerdo con los especialistas, una dioptría es la unidad de medida empleada para estimular el poder de una lente.

Pudimos sacar los siguientes datos que nos brindaron una visión aproximada del estado de salud de la población de usuarios y las enfermedades prevalentes en las tablas y gráficos con una muestra de 42 Adultos Mayores de 65 años.

Debemos destacar que:

De acuerdo a lo que nos refirieron ser HTA que se los distribuyo según sexo y patologías asociadas quedo una muestra de 26

Los usuarios según sexo con dislipemia nos dieron una muestra de 20.

En relación a los que manifestaron ser Diabéticos Tipo I y Tipo II en la distribución según sexo y patologías asociadas se obtuvo una muestra de 15.

En los que dijeron ser fumadores según la distribución sexo nos quedo una muestra de 8.

Con respecto a la obesidad según sexo nos dio una muestra de 13.

Los que refirieron otras patologías asociadas quedo una muestra de 14.

De los datos proporcionados por los encuestados en relación a la variable consumo de carnes de rojas, pollo, pescado y cerdo se tomo el consumo de tres veces por semana obteniendo una muestra de 66.

Los datos que refirieron los encuestados con respecto a los Antecedente Neoplásicos quisimos detallar de qué tipo eran, por lo cual se cambio a una muestra de 20.

En la tabla y gráfico de controles prostáticos eran solo para la población masculina se tomo una muestra de 15.

Según lo manifestado de la realización de controles ginecológicos se tomo la población femenina por lo cual la muestra es de 27

Desde el punto de vista epidemiológico:

Análisis de Resultados

El grupo investigador caracterizó, desde el punto de vista sociodemográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica a la población de Adultos Mayores atendidos en el Centro Oftalmológico "José Martí".

Se estableció una muestra de la población Adulta Mayor asistida en dicho Centro con sus patologías y se describieron los resultados propuestos.

Permitiéndonos mostrar determinadas condiciones del medio ambiente, estilo de vida y la carga genética, en los Adultos Mayores encuestados.

La muestra comprendió a los usuarios Adultos Mayores que consultaron los días de la recolección de datos, a los que se les aplicó el instrumento E.T.S.A. proporcionado por la Cátedra.

Desde el punto de vista sociodemográfico:

Entre los datos recabados a destacar se encuentra que la mayor parte de la población es procedente del Interior de nuestro país (55%), de sexo femenino (64%), sus edades oscilan entre 65 y 75 años (76%), son jubilados (67%), priman los casados (38%) y que viven con su cónyuge (33%).

En el conjunto encuestado, supera la Educación Primaria (62%), usuarios de ASSE (83%), sin servicio de emergencia móvil (64%), Según los datos obtenidos refirieron carecer del Carné de Adulto Mayor (69%).

Desde el punto de vista epidemiológico:

De acuerdo a los datos obtenidos encontramos un grupo de Hipertensos (62%), Diabéticos (36%), y de Dislipémicos (48%).

Los usuarios indagados manifestaron el 62% requerir el uso de lentes y han referido cirugías oculares previas el 38%; en dichos encuestados encontramos al 62% sin antecedentes personales de patología ocular, el 60% manifestó antecedentes familiares de patología ocular. El 100% de los investigados han concurrido al médico Oftalmólogo

Otras variables extraídas de instrumento E.T.S.A. para completar una valoración geriátrica integral:

Valoración medica:

Esta población refirió no poseer antecedentes de fallecimientos por enfermedades cardiovasculares (45%), el cálculo de I.M.C. indica 69% de individuos con Peso Normal, y se observó el 31% con Obesidad.

Gran parte de este grupo afirmó no ser fumador (81%), realizar caminatas (55%).

Inmunizados mayoritariamente con la vacuna antitetánica (38%),

De la encuesta se desprende un alto porcentaje (79%) con patología respiratoria.

La mayoría de encuestados refirió realizar consulta con Medicina General (88%), más que otras especialidades.

En la encuesta sobre antecedentes neoplásicos averiguamos que predomina el cáncer de esófago (30%).

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Datos obtenidos indican que una cifra importante de usuarios usan prótesis dental (76%) y refiere la mayoría no poseer patologías gástricas (81%), tampoco patologías intestinales (88%). Se destaca que el 100% de usuarios encuestados fue de tipo de piel blanca.

Valoración mental:

Realizamos el cuestionario, el test de Pfeiffer; permitiéndonos valorar la autonomía de las personas para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana, y a partir de este existe la detección de deterioro cognitivo, hallando el 88% con estado cognitivo intacto, de los encuestados.

Valoración funcional:

Este otro cuestionario, la escala de Lawton y Brody, nos permitió valorar las habilidades de los encuestados de valerse por sí mismo, asumir responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas para realizar las actividades de la vida diaria, de los datos se obtuvieron un 88% con independencia total.

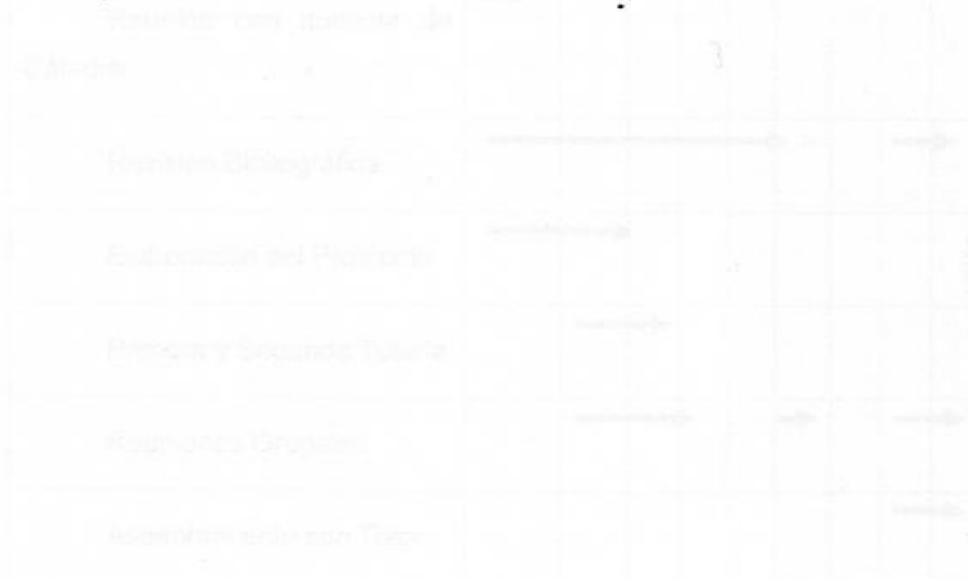
Esta Investigación nos dio la oportunidad como futuros profesionales de Enfermería, pensar en nuestra inserción como agentes de cambio para trabajar en la educación, sobre los aspectos modificables y lograr mejorar la salud de nuestros ciudadanos desde un punto de vista integral.

Del estudio realizado en la población encuestada según el sexo, manifestaron tener patologías preexistentes: Diabéticos tipo I y tipo II se obtuvo un 53% de sexo femenino. Hipertensión Arterial dio un 65% de sexo femenino. Dislipemia se desprende un 80% de sexo femenino. Obesidad los datos son el 69% de sexo femenino. Con hábito nocivo de Tabaquismo el 50% es femenino y el otro 50% masculino.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

Según manifestó la población encuestada en relación a ser Hipertenso en los datos obtenidos: 50% asociada la Hipertensión con otras patologías (diabetes, obesidad, dislipemia, tabaquismo). Solo Hipertensión el 4%.

De la población investigada que refirió tener Diabetes Tipo I y II se encontró: 20% Diabetes con otras patologías combinadas (HTA, Sedentarismo, Obesidad, Dislipemia). 7% Diabetes combinada con Sedentarismo y Dislipemia.



Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

Cronograma:

Meses

Actividades	II	III	X	I	II	I	II
Reunión con docente de Cátedra	→						
Revisión Bibliográfica	→						→
Elaboración del Protocolo	→						
Primera y Segunda Tutoría		→					
Reuniones Grupales		→			→		→
Asesoramiento con Tutor							→

17

¹⁷ Debe definirse el tiempo de desarrollo y la culminación de cada actividad. Establecer tiempos a cada etapa y graficarla en el Cronograma permite visualizar la secuencia y es una guía para controlar el uso del tiempo.

Conclusión

Si bien se midieron Variables que no son de interés para el tema estudiado, se plantean como aporte: para próximas investigaciones y para colaborar con la Institución que nos brindó espacio y apoyo en éste, nuestro Trabajo Final de Investigación.

Inmersos en el trabajo viviendo el momento y viendo las expresiones de nuestros Adultos Mayores, obtuvimos una impresión real de lo que se hace en dicho Centro, el cual en ciertos momentos es menospreciado o poco difundido.

Percibimos la satisfacción de los usuarios encuestados y la escasa difusión de tan importantes resultados.

Esa es nuestra meta difundir y transmitir un poco de todas esas sensaciones que hacen que las cosas más simples, para alguien que ha perdido la esperanza de ver, se transformen en maravillas como el simple hecho de ver a un nieto que siempre estuvo, pero jamás se lo había visto.

Por lo visto en el transcurso de la recolección de datos, creemos que Enfermería cumple un papel preponderante, en la atención de este tipo de usuarios con patologías oftalmológicas, en la cual su rol podría tener una mayor preponderancia.

Esperamos dar una visión integral de lo que sucede en este centro.

Sugerencias:

Mientras se desarrolló este trabajo, los miembros de este equipo de investigación creemos que se debiera impulsar de forma definitiva este centro, atendiendo todas las patologías oftalmológicas.

Que se realicen estrategias en la promoción de salud, educando a los jóvenes para que lleguen a ser Adultos Mayores con mejor calidad de vida, prevención de los factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo u obesidad, etc.)

Por último observamos otra sugerencia a implementar, establecer un protocolo para el usuario Pre-operatorio, en el que se incluya, la presentación del Carné de Vacunas del Esquema Nacional y la realización del Carné del Adulto Mayor, proporcionado por el S.I.N.S.

Finalmente, creemos tener una percepción más amplia del algo que para el que lo tiene no lo aprecia pero el que carece de ello resulta algo sumamente preciado, a lo cual no se le puede poner un precio.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

Presupuesto:

El presupuesto aproximado se desglosa de la siguiente forma:

Copias y encuadernado	\$ 6000
Transporte desde el interior a Montevideo	\$ 2000
Combustible	\$1000
Boletos ómnibus	\$ 5000
Días de trabajo perdido:	\$ 5000
Total final	\$ 19000

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Referencias bibliográficas

1- Centro oftalmológico (pagina de internet) Enciclopedia wikipedia (consultado 1/8/13) disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Saint_Bois

2- Centro hospitalario del norte Gustavo Saint Bois (pagina de internet) Montevideo-Uruguay: ASSE; C2012 (consultado 24 de agosto 2013) disponible en:

www.saintbois.com.uy

3- Envejecimiento (pagina internet) Washington DC: OMS C 2013; (consultado 10/8/2013) disponible en:

[http://www.who.int/topics/ageing/es/-](http://www.who.int/topics/ageing/es/)

4- Estadísticas 2013 (pagina internet). Montevideo Uruguay: Instituto Nacional de Estadística; C 2013; (consultado 17/8/2013) disponible en:

www.ine.gub.uy/

5- Sandoya E, Schwedte E, Moreira V, Schettini C, Bianchi M, Senra H. obesidad en adulto: Prevalencia y evaluación revista Uruguay de Cardiología (Serie en internet) 2007 (citado 9/2007); (acceso 9/2007 consultado 18/9/2013); vol.: 22 disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482007000200008

6- Organización Mundial de la Salud.(pagina internet) C2013 (consultado 8/2013) disponible en:

www.who.int/features/qa/82/es

www.who.int/mediacentr/factsheets/fs312es

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311es

7.-Conceptos Generales relacionados con el envejecimiento (pagina internet) Santiago de Chile: Instituto Nacional de Geriatria; C 2013 (actualizado 12/8/2013; consultado 11/9/2013) disponible en:
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=182&Itemid=0

8.-Mejía C Patologías Oculares del Adulto Mayor (libro electrónico). San José de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia; C 2001 (consultado 4/8/2013) disponible en:
<http://books.google.com.uy/books?id=Sr8wpuCTEYC&pg=PA125&dp=patologias+oculares+deladulto+mayor&hl=es&sa=X&ei=9Ur>

9.-Tema Salud (pagina internet) Santiago de Chile: OPS; (actualizado 11/1/2010 consultado 24/8/13) disponible en:

<http://www.inger.chile.cl/visitas/conceptos.html>

10.-Sandoya E, Schwedte E, Moreira V, Schettini C, Bianchi M, Senra H. obesidad en adulto: Prevalencia y evaluación revista Uruguay de Cardiología (Serie en internet) 2007 (citado 9/2007); (acceso 9/2007 consultado 18/9/2013); vol.: 22 disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482007000200008

11.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Página de internet Finlandia; C 1964 (enmendada Octubre 2013) consultado el 6/3/14 disponible en:

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

(base de datos en internet) Montevideo C2008 citado en 22/12/13 disponible en:
<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legislaD0800379.html>-

13.- Escala de Evaluación Geriátrica (pagina internet) Santiago de Chile: Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile C 1996 consultado 31/8/2013 disponible en:

<http://escuelamed.puc.cl/ManualGeriatría/PDF/VIIAnexoPfeffier.pdf>

<http://escuela.med.puc.cl/ManualGeriatría/PDF/viiAnexoLawton.pdf>

18

ANEXOS

¹⁸ Queremos destacar que las Referencias Bibliográficas fueron tomadas en el orden que se citaban en el trabajo.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

ANEXO I – UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CENTRO OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ

El centro de Ojos José Martí se ubica en el lado norte de Montevideo en la zona de Lanza y funciona dentro del Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, conocido como Hospital Saint Bois, es un centro de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Uruguay. Está integrado por un hospital general, un hospital de día y un centro de alojamiento. Fue fundado el 18 de septiembre de 1979, está ubicado en Camino Fagnano 6356, Villa Caxin, Montevideo.

En la Unidad Ejecutiva Nº 13 de ASSE, el centro de alojamiento conocido lleva el nombre "Torres Prado". "Torres" proviene de la localidad cubana del mismo nombre, lugar en donde se ubican la mayoría de los hospitales operados en la isla de los nombres de "Torres" y "Prado" corresponden al barrio de Torres y Prado. El nombre "Prado" proviene de la parte de la Operación Torres-Prado, que consistió en un método quirúrgico. *¿Qué fue el Proyecto Torres-Prado y su importancia cubana?*

El 27 de julio de 2009, se cambió el nombre de Ojos de Saint Bois con el nombre "José Martí", en homenaje al poeta y prócer cubano.

El 14 de octubre de 2011, se inició la obra de 25000 viviendas de Caserío los cuales son totalmente gratuitos para el Estado Salud Pública, del cual para detalles y detalles de taller expuesto.

Entre 2002 y 2012 fueron atendidos en total 19.000 operaciones de ojos de las cuales 27.000 corresponden de Cataratas. En el 2012, a los cuarenta

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

ANEXO I – UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CENTRO OFTALMOLOGICO JOSÉ MARTÍ

El centro de Ojos José Martí se ubica en el lado norte de Montevideo en la zona de Lezica y funciona dentro del "Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, conocido como Hospital Saint Bois, es un centro de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Uruguay. Está integrado por un hospital general, un hospital de ojos y un centro de alojamiento. Fue fundado el 18 de noviembre de 1928 y está ubicado en Camino Fauquet 6358, Villa Colón, Montevideo.

Es la Unidad Ejecutora N° 12 de ASSE. El centro de alojamiento asistido lleva el nombre "Tarára-Prado". "Tarára" proviene de la localidad cubana del mismo nombre, lugar en donde se alojaron la mayoría de los uruguayos operados en la Isla en el marco de la Operación Milagro y "Prado" corresponde al barrio Montevideano donde se ubica dicho Centro". Es el único hospital de ojos en Uruguay, inaugurado el 29 de noviembre de 2007, como parte de la Operación Milagro. Es un centro oftalmológico que brinda atención médico quirúrgica. Cuenta con 20 oftalmólogos uruguayos y 8 oftalmólogos cubanos.¹

El 27 de julio de 2009, se bautizó al Hospital de Ojos del Saint Bois con el nombre "José Martí", en homenaje al poeta y prócer cubano.

El 14 de octubre de 2011, se superó la cifra de 25.000 cirugías de Cataratas, las cuales son totalmente gratuitas para usuarios de Salud Pública, así como para personas jubiladas de bajos ingresos.

Entre 2008 y 2012 fueron realizadas en total 41.000 operaciones de ojos, de las cuales 27.000 correspondieron a Cataratas. En el 2012, a los culminados

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

los tres años de convenio, Cuba planteó al gobierno uruguayo que la cooperación gratuita debía llegar a su fin, el estado pasó a realizar el pago de sus gastos anuales que ascienden a US\$ 250.000.²

Se han firmado también convenios con Sanidad Policial y la empresa de transporte UCOT.

Semanalmente se coordinan para todo el territorio nacional, grupos de pesquisas, que detectan población con patologías que puedan ser tratadas en el hospital.

Los pacientes del interior del país, son alojados en el Centro Tarará-Prado el día anterior a su intervención y en las 24 horas posteriores a la misma. El traslado de estos pacientes, entre el Hospital Saint Bois, el Centro Tarará-Prado y la terminal de ómnibus Tres Cruces, lo realiza la empresa UCOT, en el marco del convenio firmado entre esta y ASSE.

Servicios

Atención de oftalmología general, especialidades oftalmológicas, servicios de diagnóstico y tratamiento, unidad de rehabilitación básica y funcional y block quirúrgico.

Inicio de la Operación Milagro,

Convenio Uruguay-Cuba

En los últimos 4 años, Cuba ha ofrecido atención médica gratuita a más de 700 mil pacientes de unos 30 países de América Latina y el Caribe, gracias a la Misión Milagro.

Este programa de cooperación consiste en intervenciones quirúrgicas Oftalmológicas a personas pobres del subcontinente por médicos y equipos Sanitarios de reconocido prestigio internacional. Liderado por los gobiernos de Cuba y Venezuela, el proyecto humanitario, destinado a tratar quirúrgicamente a personas afectadas de ceguera o deficiencia visual corregible, comenzó el 10 de julio de 2004 en el Instituto Oftalmológico Cubano Ramón Pando Ferrer, al oeste de la capital, donde fueron operados los primeros pacientes venezolanos.

Este proyecto tiene el objetivo de operar a unos seis millones de personas en 10 años, tanto en Cuba como en los centros oftalmológicos habilitados en otras Naciones, y eliminar la ceguera dentro de las posibilidades.

En el Tercer Mundo las principales causas de ceguera son Catarata, Glaucoma, Retinopatía Diabética, enfermedades infecciosas como el Tracoma y la Oncocercosis, y la deficiencia de vitamina A.

Otras afecciones oftalmológicas como el pterigium, párpado caído, y estrabismo, tienen una alta frecuencia en la población infantil y adulta, refiere la OMS.

Uruguay se incorpora a este programa en octubre de 2005, con la pesquisa hecha por tres colaboradores cubanos (Dras. Camila Rodríguez, Rosa Mir y el Dr. Carlos SIERRA), y a finales de octubre ya estaban volando hacia Cuba los 13 primeros pacientes uruguayos a operarse en la isla, siendo alojados en el Balneario TARARA –Habana. En esa primera Etapa hubo 31 vuelos hacia Cuba y se beneficiaron 2027 pacientes.

Comienzo de la Actividad en Hospital de Ojos

El centro surgió después de trazarse una estrategia para combatir "la ceguera evitable", en especial por Cataratas.

En ese marco apareció la posibilidad del convenio con Cuba para la realización de las operaciones de Cataratas de muchos pacientes que no habían tenido la posibilidad de resolverlo a nivel público.

Uruguay aportó la estructura edilicia, recursos humanos y Cuba la tecnología y también el personal capacitado para el manejo, mantenimiento, adiestramiento y capacitación de los técnicos.

El Hospital de Ojos fue inaugurado el 29 de noviembre de 2007 en uno de los pabellones existentes en el Hospital Saint Bois, que aun continúa en obras. Todo el moderno equipamiento necesario, que antes sólo existía a nivel privado en el país hoy se encuentra a disposición de los profesionales uruguayos para dar solución a las necesidades y problemas de los usuarios con bajos recursos (ASSE- BPS).

Este proyecto se ejecuta en forma conjunta con la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

No se empezó a operar hasta el 1 de febrero de 2008, debido a un conflicto de dos meses con la Sociedad Uruguaya de Oftalmología, que exigía la Homologación del título de los especialistas cubanos.

Los servicios brindados por el Hospital de Ojos son: Oftalmología General, Glaucoma, Retina, Catarata, Pterigium, Miopía y Oculoplastia.

Así se comenzó a dar resolución a los problemas quirúrgicos de los usuarios de ASSE. Al mismo tiempo se planteó el problema de aquellas personas del Interior del país que no contaban con alojamiento y estaban a la espera de una Operación. Por ello surge la propuesta de la casa asistida "TARARA

PRADO" para brindar solución a dicha situación.

Convenio con BPS-ASSE-MIDES-ANTEL

Se realizó un convenio con la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas de Uruguay para operar, de forma gratuita, a personas de bajos ingresos, aunque tengan asistencia en el sector privado, en el centro Oftalmológico del Saint Bois.

Los integrantes de esa organización donaron un edificio, propiedad de los jubilados, que se llama Tarará-Prado (los uruguayos operados en Cuba se alojaron en la Villa Tarará y guardaron un magnífico recuerdo de esa zona del este de La Habana), donde se alojan las personas que vienen a Montevideo.

En el convenio con ANTEL se definió un número exclusivo 0800MIRA para brindar información y asesoramiento con respecto a los trámites, documentación necesaria y solicitar fecha y hora para los siguientes servicios:

Oftalmología General, Glaucoma, Retina y Oculoplastia.

"TARARÁ PRADO"

Tarárá brinda alojamiento a todos los usuarios de ASSE y/o los usuarios incluidos en el convenio MIDES-BPS-ASSE que residan en el interior del país y no tengan alojamiento en la ciudad de Montevideo.

La Coordinación para el ingreso se realiza desde Tarará con los diferentes referentes de ASSE y MIDES de cada Departamento. Los mismos poseen los requisitos básicos con que debe concurrir el paciente, al igual que un folleto informativo de los servicios que Tarará y Hospital de Ojos le brindaran durante su estadía.

Los que ingresarán son usuarios con resolución quirúrgica de Catarata y Pterigium.

La estadía es aproximadamente de 48 horas, ya que la cirugía es ambulatoria y a las 24 horas se realiza el primer control postoperatorio, luego del cual se otorga el alta, salvo en el caso de identificar factores de riesgo postoperatorios por el equipo técnico, en el que se dilatará el alta del paciente.

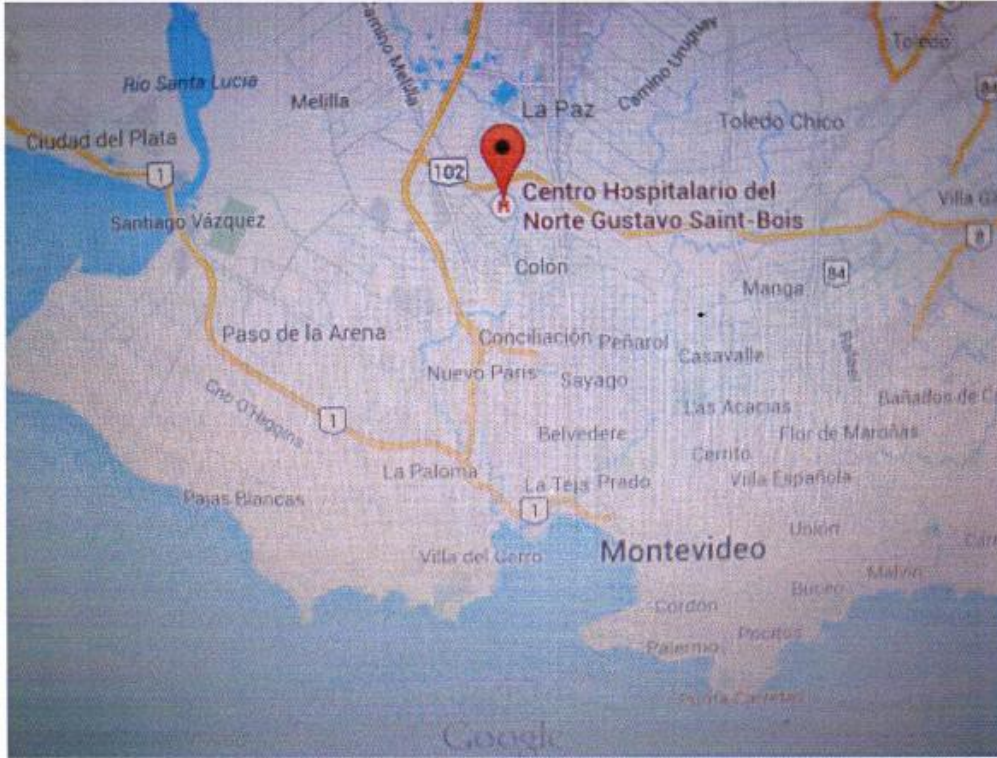
El usuario será asistido por Licenciados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería, en conjunto con un equipo Médico de referencia, las 24 horas del día. El traslado del usuario desde Tarará a Hospital de Ojos y viceversa es de responsabilidad de la institución.

Al alta del paciente se le entregarán los colirios y las recomendaciones postoperatorias necesarias para cumplir en tiempo y forma con el tratamiento.

El mismo debe concurrir estrictamente a los 7, 15, 30 días y luego cuando el Oftalmólogo lo indique, en función de la valoración realizada.

El usuario debe estar en conocimiento que el periodo de recuperación del ojo es aproximadamente de 90 días, luego de lo cual se le podrá realizar la medición de la agudeza visual y definir la graduación de los lentes los cuales se le entregarán en forma gratuita.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.



**UBICACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO DEL NORTE SAINT BOIS CENTRO
OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ**

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.



PLANO DEL CENTRO HOSPITALARIO DEL NORTE SAINT BOIS, DONDE DE ENCUENTRA EL CENTRO OFTALMOLÓGICO JOSÉ MARTÍ

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

ANEXO II - DECRETO N° 379/008-INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

PROMULGACIÓN: 4 de agosto de 2008

PUBLICACIÓN: 14 de agosto de 2008

Decreto N° 379/008 - Investigación en Seres Humanos. Se autoriza.

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO

AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 4 de agosto de 2008

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, en virtud del cual las Instituciones de Atención a la Salud, deberán cumplir con una serie de actividades vinculadas a desarrollar Planes de Atención Integrales de Salud regulados por el Ministerio de Salud Pública en el marco de sus competencias;

RESULTANDO: que la investigación con Seres Humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional y nacional, siendo muy

necesaria en el desarrollo científico, debiendo desde la Bioética preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de los sujetos;

CONSIDERANDO: que la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, creada por Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005, ha elaborado un Proyecto de Regulación de la Investigación con Seres Humanos que tiene por objeto mejorar el marco regulatorio en nuestro País, incorporando normas y pautas a la atención a la salud;

ATENCIÓN: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, lo dispuesto en la Constitución de la República en su Artículo 44 y la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 -Orgánica de Salud Pública- y Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

ART. 1°.-

Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos, contenido en el Anexo que se adjunta y forma parte integrante del presente Decreto, como forma de apoyar la Investigación, preservando en todos los casos la dignidad humana y los derechos humanos de los sujetos involucrados.

ART. 2°.-

Todas las Instituciones de Salud tanto públicas como privadas, deberán velar para que toda modalidad de Investigación en la que participen seres humanos respete dicho Marco Regulatorio.

ART. 3°.-

Previamente a toda Investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética Institucional, el que deberá ser acompañado de su respectivo Protocolo de Investigación.

ART. 4°.-

El Comité de Ética Nacional velará por el buen funcionamiento de los Comités de Ética Institucionales.

ART. 5°.-

Las Investigaciones transnacionales con seres humanos que se desarrollan en nuestro País, deberán responder también a necesidades sanitarias nacionales.

ART. 6°.-

Comuniquese. Publíquese.

VÁZQUEZ - DAISY TOURNE - GONZALO FERNÁNDEZ - DANILO ASTORI - JORGE MENÉNDEZ - MARÍA SIMÓN - VÍCTOR ROSSI - DANIEL MARTÍNEZ - EDUARDO BONOMI - MARÍA JULIA MUÑOZ - ANDRÉS BERTERRECHE - HÉCTOR LESCOANO - CARLOS COLACCE - MARINA ARISMENDI.

ANEXO

CAPITULO I

FINALIDAD, TÉRMINOS Y DEFINICIONES

1) Esta Ordenanza tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad. La libertad para llevar a cabo investigación en seres humanos tiene como límite el respeto de los derechos y libertades esenciales que emanen de la personalidad humana, se hallen reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados Internacionales ratificados por la República y que se encuentran vigentes.

2) La presente norma adopta en su ámbito las siguientes definiciones:
a) Investigación: Clase de actividad cuyo objeto es desarrollar o contribuir para el conocimiento científico. Este consiste en hipótesis, teorías, relaciones o principios, que puedan ser corroborados por métodos científicos de observación e inferencia. Esto implica el empleo de la metodología científica propia para desarrollar dicho conocimiento.

b) Investigación que involucra seres humanos: Investigación que individual o colectivamente involucra al ser humano, de forma directa o indirecta, en su totalidad o parte de él, incluyendo el manejo de informaciones o materiales.

c) Protocolo de Investigación: Documento que describe la investigación en sus aspectos fundamentales, hipótesis y metodología, informaciones relativas al sujeto de la misma, la calificación de los investigadores y de todas las instancias responsables.

d) Enmienda/s de Protocolo: descripción escrita de un cambio o de una aclaración formal a un Protocolo.

e) Ensayo Clínico: es un estudio sistemático, siguiendo en un todo las pautas del

método científico en seres humanos voluntarios, sanos o enfermos realizado con medicamentos y/ o especialidades medicinales con el objeto de descubrir o verificar los efectos y/o identificar reacciones adversas del producto en investigación y/o estudiar la absorción, distribución, metabolismo (biotransformación) y excreción de los principios activos con el objeto de establecer su eficacia y seguridad.

f) Medicamento en investigación: forma farmacéutica de una sustancia activa que se investiga o se utiliza como referencia en un ensayo clínico.

g) Investigador Principal: Persona suficientemente calificada responsable de la coordinación y realización de la investigación, así como de la integridad y derechos de los sujetos de la misma.

h) Institución de Investigación: Organización Pública o Privada, legítimamente constituida y habilitada en la cual son realizables investigaciones científicas.

i) Promotor: Individuo, empresa, institución u organización responsable del inicio, gestión y/o financiación de una investigación.

j) Patrocinador: persona física o jurídica que apoya la financiación o financia la investigación.

k) Monitor: Profesional capacitado con la necesaria competencia clínica, elegido por el promotor, que se encarga del seguimiento directo de la realización del ensayo. Sirve de vínculo entre el promotor o patrocinador y el investigador principal, cuando éstos no concurren en la misma persona.

L) Riesgo de la Investigación: Posibilidad de daños en la dimensión física, psíquica, moral, intelectual, laboral, económico-financiera, social, cultural o espiritual del ser humano, en cualquier fase de una investigación y de sus derivaciones.

m) Daño asociado o derivado de la investigación: Agravio inmediato o tardío, al individuo o a su colectividad, con nexo causal comprobado directo o indirecto, derivado del estudio científico.

n) Sujeto de investigación: Es el (la) participante investigado(a), individual o colectivamente, de carácter voluntario.

Le estará prohibido recibir cualquier forma de remuneración.

ñ) Consentimiento libre e informado: Anuencia del sujeto de investigación y/o de su representante legal, libre de vicios (simulación, fraude o error), dependencia, subordinación o intimidación. Debe ser precedido por la explicación completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pueda acarrear. La aceptación debe ser formulada en término de consentimiento, autorizando su participación voluntaria en la investigación.

o) Acontecimiento adverso: cualquier incidencia perjudicial para la salud en un paciente o sujeto de ensayo clínico tratado con un medicamento, droga, dispositivo o procedimiento, aunque no tenga necesariamente relación causal con dicho tratamiento.

p) Reacción adversa: toda reacción nociva y no intencionada a un medicamento, droga, dispositivo o procedimiento en investigación, independientemente de la dosis administrada en su caso.

q) Acontecimiento adverso grave o reacción adversa grave: cualquier acontecimiento adverso o reacción adversa que, como consecuencia de la investigación produzca la muerte, amenace la vida del sujeto, haga necesaria la hospitalización o la prolongación de ésta, produzca invalidez o incapacidad permanente o importante, o de lugar a una anomalía o malformación congénita.

A efectos de su notificación, se tratarán también como graves aquellas sospechas de acontecimiento adverso o reacción adversa que se consideren importantes desde el punto de vista médico, aunque no cumplan los criterios anteriores.

r) Reacción adversa inesperada: reacción adversa cuya naturaleza o gravedad no se corresponde con la información referente al producto.

s) Conflicto de Interés: se presenta cuando uno o más miembros del Comité de Ética en Investigación tienen intereses con respecto a una específica solicitud para revisión que puede comprometer su desempeño en cuanto a la obligación de proporcionar una evaluación libre e independiente de la investigación, enfocada a la protección de los participantes en aquella. Los conflictos de interés pueden presentarse cuando un miembro del Comité de Ética en Investigación tiene relación financiera, material, institucional, laboral o social en la investigación.

Igualmente se presentan conflictos de interés en el área de los investigadores cuando el interés primario (como el bienestar de los pacientes, o la validez de la investigación) puede afectarse por la primacía de un interés secundario.

t) Indemnización: Cobertura material en reparación al daño inmediato o tardío, causado por la investigación al ser humano a ella sometida.

u) Reembolso: Reintegro de los gastos derivados de la participación del sujeto en la investigación.

v) Comités de Ética en Investigación: Grupo de naturaleza interdisciplinaria e independiente de la investigación propuesta, de carácter consultivo, resolutorio y educativo, creado para defender los intereses de los sujetos de la investigación así como los de los investigadores, en su integridad y dignidad y para contribuir al desarrollo de la investigación dentro de principios científicos y éticos.

w) Vulnerabilidad: Refiérase al estado de personas o grupos que, por cualquier razón o motivos no sean capaces de proteger sus propios intereses. Se consideran vulnerables aquellas personas que posean su capacidad de autodeterminación reducida, sobre todo en lo que se refiere al consentimiento libre e informado.

x) Incapacidad: Se refiere al posible sujeto de investigación que no tenga capacidad civil para dar su consentimiento libre e informado, debiendo ser asistido o representado, de acuerdo con la legislación vigente.

CAPITULO II ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN QUE INVOLUCRA SERES HUMANOS

3) Las investigaciones que involucran seres humanos deben atender las exigencias éticas y científicas fundamentales en el marco de los derechos humanos.

4) La observación de principios éticos de la investigación implica:
a) El consentimiento libre e informado de los individuos y la protección de los grupos vulnerables y los legalmente incapaces (principio de autonomía). Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad; atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad;

b) La ponderación de riesgos y beneficios, tanto actuales como potenciales, individuales o colectivos (principio de beneficencia) comprometiéndose con el máximo de beneficios y con el mínimo de daños y riesgos;

c) La garantía de que los daños previsibles serán evitados (principio de no maleficencia);

d) La relevancia social de la investigación con ventajas significativas para los sujetos investigados y minimización de perjuicios para los sujetos involucrados, de modo que garantice la igual consideración de los intereses involucrados no perdiendo el sentido de su destino socio - humanitario (principio de justicia);

5) Todo acto o conjunto de actos de cualquier naturaleza, que tenga como objeto analizar o determinar resultados de la aplicación o utilización de drogas, dispositivos, procedimientos o sistemas con fines diagnósticos, terapéuticos o de desarrollo, actualización o introducción de nuevos conocimientos científicos, que tengan relación con el ser humano, será considerado como investigación. Los procedimientos referidos incluyen entre otros, los de naturaleza operacional, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, antropológica-económica, física, psíquica o biológica. Asimismo se considerará investigación la recolección y todo tipo de manipulación de datos personales relacionados con la salud de individuos o comunidades. Esta enumeración no es taxativa.

6) La investigación en cualquier área del conocimiento, que involucre seres humanos deberá observar las siguientes exigencias:

a) ser adecuada a los principios científicos que la justifiquen y con posibilidades concretas de responder a las interrogantes propuestas;

b) estar fundamentada en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes así como en experimentación previa realizada en centros de investigación y/o laboratorios, con o sin animales;

c) ser realizada solamente cuando el conocimiento que se quiere obtener no puede ser obtenido por otro medio; la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando son voluntarios sanos;

d) las probabilidades de beneficios esperados deben prevalecer siempre sobre los riesgos previsibles; sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados;

e) obedecer a una metodología adecuada. Si hubiese necesidad de distribución aleatoria de los sujetos de investigación en grupos experimentales y de control, asegurar que, a priori, no sea posible establecer las ventajas de un procedimiento sobre otro a través de revisión de la literatura, métodos de observación o métodos que no involucren seres humanos;

f) tener perfectamente justificado, cuando fuera del caso, la utilización de placebo en términos de no-maleficencia y por necesidad metodológica;

g) contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación prestado de acuerdo con las normas vigentes;

h) contar con el personal y materiales necesarios que garanticen el bienestar de los sujetos de investigación, exigiendo adecuación entre la competencia del investigador y el proyecto propuesto;

i) prever procedimientos que aseguren la confidencialidad y la privacidad, la protección de la imagen y la no estigmatización, garantizando la no utilización de la información en perjuicio de personas y/o comunidades;

j) ser desarrollada preferentemente en individuos con autonomía plena. Los individuos o grupos vulnerables, no deben ser sujetos de investigación cuando la información deseada puede ser obtenida a través de sujetos con plena autonomía, a menos que la investigación pueda traer beneficios directos a los vulnerables. En estos casos, se debe asegurar el derecho de los individuos o

grupos que quieran participar de la investigación, garantizando la protección ante su vulnerabilidad o incapacidad legalmente definida;

k) respetar siempre los valores culturales, sociales, morales, religiosos, éticos, así como los hábitos y costumbres cuando las investigaciones involucren comunidades. Entendiéndose como comunidad a un grupo de personas que poseen ciertas cualidades comunes, ya que comparten, valores, intereses, enfermedades comunes o en cambio, una proximidad;

l) garantizar que las investigaciones en comunidades, siempre que sea posible, se traducirán en beneficios cuyos efectos continúen haciéndose sentir después de su conclusión. El proyecto debe analizar las necesidades de cada uno de los miembros de la comunidad y analizar las diferencias presentes entre ellos, explicitando como se asegurará el respeto a los mismos;

m) garantizar el retorno de beneficios obtenidos a través de la investigación para las personas y las comunidades donde las mismas fueran realizadas. Cuando por interés de la comunidad hubiese beneficio real en promover o estimular cambio de costumbres o comportamientos, el protocolo de investigación debe incluir siempre que sea posible, disposiciones para comunicar tal beneficio a las mismas;

n) comunicar a las autoridades sanitarias, en un plazo de 90 días a contar de la finalización de la investigación, los resultados de la misma, preservando la imagen y asegurando que los sujetos participantes no sean estigmatizados o pierdan su autoestima;

o) asegurar a los sujetos de investigación, los beneficios resultantes del proyecto, sea en términos de retorno social, acceso a los procedimientos y/o productos de la investigación;

p) asegurar a los sujetos de la investigación las condiciones de seguimiento, tratamiento o de orientación, conforme al caso, demostrando la preponderancia de beneficios sobre riesgos y costos;

q) asegurar la inexistencia de conflicto de intereses entre el investigador y los sujetos de la investigación o el patrocinador del proyecto;

r) comprobar, en las investigaciones conducidas desde el exterior o con cooperación extranjera, los compromisos y las ventajas para los sujetos de investigación y para el país, derivados de su realización. En estos casos deben identificarse el investigador y la Institución nacional corresponsable de la investigación. El protocolo deberá observar las exigencias por las normas internacionales aplicables a las investigaciones en seres humanos. Incluir entre los documentos presentados para la valoración del Comité de Ética de la

investigación local, los documentos que acrediten la aprobación en el país de origen, además de los exigidos para el cumplimiento de las propias referencias éticas. Los estudios patrocinados en el exterior también deben responder a las necesidades de entrenamiento del personal en el país para que éste pueda desarrollar proyectos similares en forma independiente;

s) utilizar el material biológico y los datos obtenidos en la investigación exclusivamente para la finalidad prevista en su protocolo;

t) tener en cuenta en aquellas investigaciones realizadas en embarazadas, niñas o en mujeres en edad fértil, la evaluación de riesgos y beneficios y las eventuales interferencias sobre la fertilidad, el embarazo, el embrión o el feto, trabajo de parto o puerperio, lactancia y recién nacido;

u) considerar que las investigaciones en embarazadas deben ser precedidas de investigaciones en mujeres fuera del periodo estacional, excepto cuando la gravidez fuese el objetivo fundamental de la investigación;

v) propiciar en los estudios multicéntricos, la participación de los investigadores locales que desarrollarán la investigación, en la elaboración del delineamiento general del proyecto;

w) la investigación podrá interrumpirse por razones debidamente fundamentadas. Esta situación se deberá comunicar al Comité de Ética y a la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a los efectos de su valoración. La discontinuidad del estudio en forma definitiva o transitoria, deberá ser resuelta por el investigador o por el Comité de Ética.

Primando la opinión de este último en caso de discordancia.

CAPITULO III

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

7) El respeto debido a la dignidad humana exige que la investigación se procese después del consentimiento libre e informado de sujetos, que manifiesten su anuencia a la participación en la investigación, dado de conformidad con las normas legales.

8) La información a los sujetos deberá realizarse en lenguaje accesible e incluirá necesariamente los siguientes aspectos:

a) la justificación, los objetivos y los procedimientos que serán utilizados en la investigación;

- b) las molestias, los posibles riesgos y beneficios esperados;
 - c) los métodos alternativos existentes;
 - d) la forma de seguimiento y asistencia, sus responsables; así como la duración de su participación;
 - e) la garantía de información, antes o durante el curso de la investigación, sobre la metodología, informando la posibilidad de su inclusión en grupo de investigación, grupo control o grupo placebo;
 - f) la libertad del sujeto de rehusar su participación o retirar su consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin penalización alguna y sin perjuicio de su cuidado;
 - g) garantizar el secreto que asegure la privacidad de los sujetos respecto a los datos confidenciales involucrados en la investigación;
 - h) las formas de reintegrar los gastos derivados de la participación en la investigación;
 - i) las formas de indemnización frente a eventuales daños derivados de la investigación;
 - j) la forma de comunicarse y acceder a los investigadores durante el estudio;
- 9) Para que el consentimiento libre e informado sea válido deberá observar los siguientes requisitos:
- a) debe ser elaborado por el investigador responsable, expresando el cumplimiento de cada una de las exigencias anteriormente referidas;
 - b) ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación;
 - c) ser firmado o identificado por impresión digital, por todos y cada uno de los sujetos de investigación o por sus representantes legales y por el investigador responsable;
 - d) ser elaborado en dos vías, siendo una entregada al sujeto de investigación o sus representantes legales y otra archivada por el investigador responsable;
- 10) En los casos en que exista cualquier clase de restricción a la libertad de información necesaria para un adecuado consentimiento, se deberá consignar expresamente.
- La fundamentación deberá ser elaborada por el investigador y valorada por el

Comité de Investigación quien deberá decidir si acepta el fundamento que justifique esta excepción.

En las investigaciones que involucren niños, adolescentes, portadores de perturbaciones o enfermedades mentales o sujetos con disminución en su capacidad de consentimiento, deberá haber justificación de la selección de los sujetos de investigación, especificada en el protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación.

Se deberá cumplir con las exigencias del consentimiento libre e informado, a través de los representantes legales de los sujetos referidos.

11) La libertad del consentimiento deberá ser particularmente garantizada para aquellos sujetos que, aunque adultos y capaces estén expuestos a condicionamientos específicos o a influencia de una autoridad, en particular estudiantes, militares, empleados, presos, internos en centros de rehabilitación, refugios, asilos, asociaciones religiosas y semejantes, asegurándoles la entera libertad de participación o no en la investigación, sin ninguna represalia.

12) En los casos en que sea imposible o no conveniente por la propia naturaleza de la investigación registrar el consentimiento libre e informado, este hecho deberá ser debidamente documentado, con explicación de la causa de la imposibilidad. En la investigación epidemiológica requerirán de consentimiento informado los estudios en los cuales se establece un contacto personal entre los investigadores y los sujetos participantes. Si fuera impracticable la obtención del consentimiento informado de forma individual para estudios epidemiológicos, deberá obtenerse la respectiva autorización de la jerarquía técnica de la Institución, quien la comunicará a la autoridad sanitaria en un plazo prudencial.

13) Las investigaciones en personas con diagnóstico de muerte encefálica, sólo podrán ser realizadas si:

- a) son presentados los documentos comprobatorios de la muerte encefálica;
- b) si obtiene el consentimiento escrito de los familiares y/o de los representantes legales o la manifestación previa de voluntad de la persona;
- c) se garantiza el respeto total a la dignidad del ser humano sin mutilación o violación del cuerpo;
- d) no significa un perjuicio económico financiero adicional a la familia;
- e) no acarrea perjuicios para otros pacientes que esperan internación o tratamiento;
- f) existe la posibilidad de obtener conocimiento científico relevante y nuevo que

no pueda ser obtenido de otra manera.

14) Los datos obtenidos a partir de sujetos de investigación sólo podrán ser usados para los fines previstos en el protocolo y en el consentimiento.

CAPITULO IV

RIESGOS Y BENEFICIOS

15) Se considera que toda investigación que involucra seres humanos presenta riesgos. El daño eventual puede ser inmediato o tardío, comprometiendo al individuo o a la colectividad.

16) No obstante los riesgos potenciales, las investigaciones que involucran seres humanos serán admisibles cuando:

a) Ofrezcan elevada posibilidad de generar conocimiento para entender, prevenir o aliviar un problema que afecte el bienestar de los sujetos de la investigación o de otros individuos;

b) el riesgo se justifique por la importancia del beneficio esperado;

c) el beneficio sea mayor o al menos igual a otras formas alternativas ya establecidas para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

17) Las investigaciones sin beneficio directo para el individuo deben prever condiciones que sean bien toleradas por los sujetos de investigación, considerando su situación física, psicológica, social y educacional.

18) Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados, en su caso. Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

19) El investigador responsable está obligado a suspender la investigación inmediatamente al percibir algún riesgo o daño de salud en el sujeto de investigación, como consecuencia de aquélla. Del mismo modo, tan luego sea comprobada la superioridad de un método de estudio sobre otro, el proyecto deberá ser suspendido ofreciéndose a todos los sujetos los beneficios del mejor régimen.

20) El Comité de Ética en Investigación de la Institución deberá ser informado de todos los efectos adversos o hechos relevantes que alteren el curso normal del

estudio.

21) El investigador, el patrocinador y la institución son responsables de dar asistencia integral a los sujetos por las complicaciones y daños derivados de los riesgos acaecidos.

22) Los sujetos de investigación que sufran daño de cualquier naturaleza, (previsto o no en los términos del consentimiento), resultante de su participación, además del derecho a la asistencia integral, tendrán derecho a indemnización.

23) No podrá exigirse al sujeto de investigación, con ningún argumento, renunciar al derecho a una indemnización por daño.

El formulario de consentimiento libre e informado no podrá contener ninguna reserva que disminuya esta responsabilidad o que implique a los sujetos de investigación renunciar a sus derechos legales, incluyendo el de ser indemnizado. Toda cláusula en contrario será nula.

24) Finalizada la investigación, todos los pacientes participantes en el estudio deben tener la certeza de que contarán con beneficios demostrados en la investigación.

CAPITULO V

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

25) El protocolo de investigación sólo podrá ser sometido a revisión ética si estuviese instruido con los siguientes documentos en idioma español:

a) la hoja de presentación: título del proyecto, nombre del investigador, número de cédula de identidad, teléfono y dirección para correspondencia, fax, e-mail u otros medios de comunicación del investigador y del patrocinador responsable, nombre y firma de los Directores de la Institución y/u Organización;

b) descripción de la investigación, conteniendo los siguientes ítems:

b.1) descripción de los objetivos en relación al estado actual de los conocimientos y de las hipótesis a ser valoradas;

b.2) antecedentes científicos y datos que justifiquen la investigación. Si el propósito fuese someter a ensayo o prueba un producto nuevo o dispositivo para la salud, deberá ser indicada la situación actual del registro en las agencias reguladoras del país de origen;

b.3) descripción detallada y ordenada del proyecto de investigación (material y métodos, resultados esperados y bibliografía);

- b.4) análisis crítico de riesgos y beneficios;
- b.5) períodos y duración de la investigación a partir de la aprobación;
- b.6) explicitación de las responsabilidades del investigador, de la Institución, del Promotor y del Patrocinador;
- b.7) explicitación de criterios para posible suspensión de la investigación y modificaciones de la misma;
- b.8) detalle de las instalaciones de los servicios, centros, comunidades e instituciones en los cuales se procesarán las etapas de la investigación;
- b.9) demostración de la existencia de infraestructura, equipamiento adecuado y suficiente para el desarrollo de la investigación y para atender eventuales problemas que surjan, con el acuerdo documentado de la institución;
- b.10) plan financiero detallado de la investigación: recursos, fuentes y destino, forma y monto de la remuneración de los investigadores;
- b.11) explicación del acuerdo preexistente en cuanto a la propiedad de informaciones generadas, demostrando la inexistencia de cualquier cláusula restrictiva en cuanto a la divulgación pública de los resultados, a menos que se trate de la obtención de una patente. En este caso, los resultados deben hacerse públicos, tan luego se logre la aprobación de dicha patente;
- b.12) declaración de que los resultados de la investigación serán divulgados, sean positivos o negativos, en un plazo no mayor de dos años de su finalización;
- b.13) declaración sobre el uso y destino del material y/o datos obtenidos;
- c) las informaciones relativas al sujeto de investigación:
 - c.1) descripción de las características de la población a estudiar: tamaño, franja etaria, género, etnia, estado general de salud, clases y grupos sociales, etc. Exponer las razones para la utilización de grupos vulnerables;
 - c.2) identificación de las fuentes del material de la investigación, tales como muestras, registro y datos obtenidos de seres humanos;
 - c.3) descripción de los planes para el reclutamiento de individuos y los procedimientos a ser seguidos. Proporcionar los criterios de inclusión y exclusión;
 - c.4) presentación del formulario de consentimiento específico para la investigación, incluyendo informaciones sobre las circunstancias bajo las cuales el consentimiento será obtenido, quien lo obtendrá y la naturaleza de la

información a ser ofrecida a los sujetos de investigación;

c.5) descripción de cualquier riesgo, evaluando su posibilidad y gravedad;

c.6) descripción de las medidas para la protección o minimización de cualquier riesgo eventual. Describir las medidas para asegurar la correcta asistencia en el caso de daño a los sujetos investigados. Describir también los procedimientos empleados en la recolección de datos, para otorgar seguridad a los individuos, incluyendo las medidas de protección de la confidencialidad.

c.7) presentación de la previsión de restitución de gastos a los sujetos de investigación. Esta no podrá ser de tal monto que pueda interferir en la autonomía de decisión del individuo o de sus representantes legales.

d) la calificación del investigador responsable y de los demás participantes, la que estará documentada en su "Curriculum Vitae" actualizado y otras acreditaciones (maestrías, títulos de trabajos, publicaciones).

e) los términos del compromiso entre investigador y patrocinador, en su caso, donde se explicitará el tipo y monto de lo que cada uno de los realizadores de la investigación recibirá, o los aportes de diferente índole que la Institución donde se practique el estudio recibirá.

f) los términos del compromiso del investigador y/o patrocinador responsable, en su caso y de la Institución, declarando conocer y aceptar las prescripciones de esta norma.

CAPITULO VI

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

26) Toda Investigación que involucre seres humanos deberá ser sometida a la aprobación de un Comité de Ética en Investigación.

27) Las Instituciones en las cuales se realizan investigaciones que involucran seres humanos deberán constituir un Comité de Ética en Investigación, conforme a sus necesidades.

28) Ante la imposibilidad de constituir un Comité de Ética en Investigación, la Institución deberá presentar el proyecto para su evaluación al Comité de Ética en Investigación de otra Institución, observando las indicaciones de la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

29) La organización y creación del Comité de Ética en Investigación será responsabilidad de la Institución respectiva, la que deberá observar las normas

prescriptas en este cuerpo normativo así como la provisión de condiciones y recursos adecuados para su funcionamiento.

30) El Comité de Ética en Investigación deberá estar constituido por un número no inferior a cinco miembros. Su constitución deberá incluir la participación de Profesionales del Área de Salud, Ciencias exactas, Biológicas, Juristas, Sociólogos, Bioeticistas e incluirá por lo menos un miembro de la sociedad que represente a los usuarios de la Institución.

Podrá variar en su composición, dependiendo de las especificidades de la Institución y de las líneas de investigación a ser analizadas.

31) No podrá contar con la mayoría de sus miembros pertenecientes a la misma disciplina profesional.

Participarán personas de ambos sexos. Podrá además contar con consultores "ad hoc", pertenecientes o no a la Institución, con la finalidad de brindar asesoría, los que podrán ser remunerados.

32) En las investigaciones en grupos vulnerables, comunidades o colectividades, deberá ser invitado un representante del mismo, como miembro "ad hoc" del Comité de Ética en Investigación para participar del análisis del proyecto específico.

33) Los miembros del Comité de Ética en Investigación están inhibidos de participar cuando estén involucrados directamente en el proyecto en cuestión o tengan conflicto de intereses, siendo especialmente escrupulosos en la transparencia de cualquier relación con la industria.

34) La elección del coordinador de cada Comité deberá ser hecha por los miembros que lo componen, durante la primera reunión de trabajo. El plazo del mandato será de tres años, siendo posible la reelección.

35) Los miembros del Comité de Ética en Investigación no podrán ser remunerados por el desempeño de esta tarea, siendo recomendable que sean liberados en el horario de trabajo del Comité de sus otras obligaciones en las instituciones donde prestan servicios, pudiendo recibir restitución de gastos efectuados por transporte, hospedaje y alimentación.

36) El Comité de Ética en Investigación deberá mantener archivado: el proyecto, protocolo, las actas y los informes correspondientes por no menos de A cinco años de concluido el estudio, en un archivo protegido en forma permanente de cualquier quebrantamiento a la confidencialidad de los datos.

37) Los miembros del Comité de Ética en Investigación deberán tener total

independencia en la toma de decisiones en el ejercicio de sus funciones, manteniendo el carácter confidencial de las informaciones recibidas garantizándose de esta forma que no serán objetos de presión por parte de superiores jerárquicos o por los interesados en determinada investigación. Deben excluirse del resultado financiero y no deben estar sometidos a conflicto de intereses.

38) Son atribuciones del Comité de Ética en Investigación:
a) revisar todos los protocolos de investigación que involucren seres humanos, excepto los multicéntricos que requieran dictamen único, de acuerdo con lo dispuesto, por el numeral 43 literal "c" de la presente ordenanza;

Correspondiéndoles la responsabilidad primaria por las decisiones de la ética de la investigación a desarrollarse en la institución, de modo de garantizar y resguardar la integridad y los derechos de los participantes voluntarios en las referidas investigaciones. El Comité de Ética en Investigación ponderará los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo, así como el balance de los riesgos y beneficios;

b) estudiar toda modificación en los protocolos condicionada ésta a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación;

c) emitir una opinión fundamentada, en un informe por escrito, en un plazo máximo de treinta días que identifique con claridad los ensayos, documentos estudiados y datos revisados. La evaluación de cada protocolo culminará con su clasificación en una de las siguientes categorías:

c.1) aprobado;

c.2) condicional: cuando el Comité considera aceptable el protocolo, pero identifica determinados problemas en él, en el formulario de consentimiento o en ambos y recomienda una revisión específica o solicita una modificación o información relevante que deberá ser proporcionada por los investigadores dentro de los sesenta días;

c.3) no aprobado;

c.4) aprobado y dirigido, con la evaluación, para su análisis por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, en aquellos casos previstos en el Artículo 42 inciso 2 siguiente.

d) pedir consultas con expertos (asesoría) cuando así el Comité de Ética lo disponga, igualmente citar a los investigadores a explicitar y fundamentar su proyecto cuando se le requiera.

- e) exigir que los investigadores que llevarán a cabo el estudio en este país conozcan todas las etapas descritas del protocolo, así como las del consentimiento informado, por lo que no se considerará aceptable que frente a las interrogantes y/o modificaciones que el Comité de Ética en Investigación establezca, sea un representante del patrocinador el que se vincule directamente con el Comité de Ética en Investigación o miembros del mismo.
- f) mantener la confidencialidad de todos los datos obtenidos y el archivo del protocolo completo, el que quedará a disposición de las autoridades correspondientes.
- g) evaluar el desarrollo de los proyectos a través de los informes anuales de los investigadores (o con la periodicidad que el Comité de Ética en Investigación disponga);
- h) desempeñar un papel consultivo y educativo, fomentando la reflexión en torno a la ética de la ciencia;
- i) recibir de los sujetos de investigación o de cualquier otra parte, la denuncia de abusos o notificación sobre hechos adversos que puedan alterar el curso normal del estudio, pudiendo decidir la continuidad, modificación o suspensión de la investigación debiendo si es necesario adecuar los términos del consentimiento. Para discontinuar una investigación se deberá realizar la justificación ante el Comité de Ética y tener su aceptación;
- j) coordinar con la Dirección de la Institución, la remisión a la Comisión Nacional de Ética en Investigación de las denuncias de irregularidades de naturaleza ética producidas en el curso de las investigaciones, acompañadas de sus antecedentes;
- k) mantener comunicación regular y permanente con la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

39) Actuación del Comité de Ética en Investigación:

La revisión ética de toda propuesta de investigación que involucre seres humanos no podrá ser dissociada de su análisis científico.

La investigación que no esté acompañada de su respectivo protocolo, no debe ser analizada por el Comité.

Cada Comité de Ética en Investigación deberá elaborar sus normas de funcionamiento, que contengan la metodología de trabajo, elaboración de actas, planeamiento anual de actividades, periodicidad de las reuniones, número mínimo de presentes para realizar las reuniones, plazos para emisión de informes, criterios para solicitud de consultas a expertos, modelos de toma de decisiones, etc.

CAPITULO VII

COMISIÓN NACIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

40) La Comisión Nacional de Ética en Investigación (CNEI) es una instancia de naturaleza consultiva, educativa, normativa, independiente, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública dispondrá de las medidas necesarias para el funcionamiento correcto de esta Comisión.

41) Composición: La Comisión Nacional de Ética en Investigación tendrá una composición interdisciplinaria, con personas de ambos sexos y cuyos miembros titulares, en número de siete como mínimo, pertenecerán a las distintas áreas implicadas. La integración de la misma se constituirá a partir de tres representantes del Ministerio de Salud Pública, dos representantes de la Universidad de la República, dos representantes elegidos por los Comités de Ética de Investigación acreditados (elegidos por sorteo entre los candidatos propuestos). Tres miembros deberán poseer la calidad de expertos en el campo de la ética de la investigación y la salud (bioeticistas, farmacólogos, etc.); cuatro de ellos serán de otras disciplinas: juristas, sociólogos, etc., y no expertos legos (representantes de la comunidad). La Comisión Nacional de Ética en Investigación podrá contar con consultores y miembros "ad hoc", convocados para asesorar en distintas instancias de sus funciones.

42) El mandato de los miembros de la Comisión Nacional de Ética en Investigación será de cuatro años, con renovación alternada cada dos años de la mitad de sus miembros, pudiendo ser reelegibles. Se garantizará un sistema de renovación de miembros que permita nuevas incorporaciones de forma regular a la vez que se mantiene la experiencia de la Comisión.

43) Atribuciones: Es competencia de la Comisión Nacional de Ética en Investigación el examen de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, debiendo actualizar y adecuar las normas aplicables. Son asimismo sus atribuciones:

a) estimular la creación de los Comités de Ética de la Investigación Institucionales y de otras instancias;

b) recomendar en el plazo de sesenta días (el que podrá prorrogarse de mediar causa justificada) la aprobación o el rechazo del protocolo y acompañar los protocolos de investigación en las áreas temáticas específicas tales como:

1) poblaciones vulnerables;

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

- 2) proyectos que involucran aspectos de Bioseguridad;
- c) recomendar en el plazo de sesenta días (el que podrá prorrogarse de mediar causa justificada) la aprobación o el rechazo de los protocolos de investigación, de ensayos multicéntricos que requieran dictamen único.
- El vencimiento del plazo primitivo o de su prórroga, sin pronunciamiento expreso implicará denegatoria de realizar la investigación;
- d) promover normas específicas en el campo de la ética de la investigación;
- e) funcionar como instancia final de apelación, a partir de informaciones provistas sistemáticamente o a partir de denuncias o de solicitudes de partes interesadas, debiendo resolver en un plazo de sesenta días. El vencimiento del plazo sin pronunciamiento expreso implicará denegación de apelación;
- f) valorar, juzgar y sancionar las responsabilidades por infracciones a esta ordenanza;
- g) prohibir o interrumpir investigaciones, definitiva o temporalmente, pudiendo requerir los protocolos para el análisis ético inclusive de los ya aprobados por los Comités de Ética en Investigación;
- h) crear un sistema de información y de seguimiento de los aspectos éticos en la investigación en todo el territorio nacional, manteniendo actualizado los bancos de datos;
- i) informar y asesorar al Ministerio de Salud Pública y a otras Instituciones de salud, ya sean del gobierno o de la sociedad, sobre cuestiones éticas relativas a las investigaciones en seres humanos;
- j) asesorar en forma preceptiva al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, a los efectos de definir o adaptar al progreso científico y técnico los requisitos establecidos en el Decreto N° 160/006 de 2 de junio de 2006;
- k) divulgar ésta y otras normas relativas a la ética de las investigaciones en seres humanos;
- l) la Comisión Nacional de Ética en Investigación junto con otros sectores del Ministerio de Salud Pública, establecerá las normas y criterios para la acreditación de los Comités de Ética en Investigación;
- m) establecer las propias normas de funcionamiento.

44) La Comisión Nacional de Ética en Investigación someterá a consideración a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública:

- a) la relación de las actividades, incluyendo el sumario del Comité de Ética en Investigación establecido y de los proyectos analizados;
- b) el plan anual de trabajo;
- c) las propuestas de normas generales para ser aplicadas en las investigaciones que involucran seres humanos, inclusive las modificaciones de esta norma.

CAPITULO VIII

DE LA INSTRUMENTACIÓN

45) Todos los proyectos de investigación en seres humanos deberán observar las disposiciones de esta norma y las contenidas en los documentos mencionados en la misma.

La responsabilidad del investigador es indelegable, indeclinable y comprende los aspectos éticos y legales.

46) Es obligación del investigador:

- a) presentar el protocolo de la investigación instruido al Comité de Ética en Investigación y esperar el pronunciamiento de éste antes de comenzar su ejecución;
- b) elaborar y presentar informes de la investigación, tanto parciales como el de finalización;
- c) presentar en cualquier momento los datos solicitados por el Comité de Ética en Investigación;
- d) mantener archivados, bajo su custodia, por no menos de cinco años, los datos de la investigación, incluyendo las fichas individuales y todos los demás documentos exigidos por el Comité de Ética en Investigación;
- e) redactar los resultados para su publicación con los debidos méritos de los investigadores asociados y del personal técnico participante en el proyecto;
- f) tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de

financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Ordenanza no deben ser aceptados para su publicación;

g) justificar ante el Comité de Ética en Investigación, la interrupción del proyecto y/o la no publicación de los resultados;

h) elevar al Comité de Ética en Investigación cualquier modificación del protocolo la que deberá ser aprobada por el mismo.

47) El Comité de Ética en Investigación deberá estar registrado ante la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

48) Aprobado el proyecto, el Comité de Ética en Investigación será corresponsable en relación a los aspectos éticos de la investigación.

49) Se consideran autorizados para su ejecución los protocolos aprobados por el Comité de Ética en Investigación, excepto los que corresponden a áreas temáticas especiales, los cuales, luego de aprobados por el Comité de Ética en Investigación, deberán ser enviados a la Comisión Nacional de Ética en Investigación, el cual le dará el debido trámite.

50) Las investigaciones con nuevos medicamentos, vacunas, test diagnósticos, equipamientos y dispositivos para la salud deberán ser tramitados ante la Comisión Nacional de Ética en Investigación, la cual luego de su valoración, lo elevará a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

51) Los Órganos que auspician las investigaciones y las editoriales de revistas científicas deberán exigir la documentación que acredite la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación o por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, de acuerdo a cada caso.

52) Los Comité de Ética en Investigación deberán elevar trimestralmente a la Comisión Nacional de Ética en Investigación los proyectos de investigación analizados, así como los proyectos en curso, las modificaciones y los suspendidos.

CAPITULO IX

INCUMPLIMIENTO

53) El profesional que realice investigación en seres humanos sin contar con las autorizaciones exigidas por la presente norma, incurrirá en responsabilidad, debiendo remitirse los antecedentes a los efectos de su valoración a la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

El establecimiento donde se practique una investigación violentando la normativa prescrita por el presente, será sancionado de conformidad con las normas vigentes.

Lo preceptado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondieren.

ANEXO III - DECLARACIÓN DE HELSINKI- DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están sub-representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido

adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después

que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario

de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes,

se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y

son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

Montenideo 3 de julio de 2013

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO

Para: Sra. Directora Lic. Laura Molina.
Cc/ Dir/a Med. Of. Sandra Medina.
Cc/ Lic Jefa. Maria Noel Peisino

Presente:

Los abajo firmantes Bachilleres de la Licenciatura en Enfermería, en etapa de la Tesis de investigación final, cursando el último año de la carrera Solicitamos autorización para la implementación en vuestra institución de la investigación titulada: Estudio Epidemiológico del Adulto y del Adulto mayor.

Nuestra tesis se centrará en las patologías oftalmológicas del adulto mayor. Los resultados de la misma serán devueltos a la institución una vez procesado los mismos.

La población objetivo serian los usuarios que consultan en el centro oftalmológico mayores de 60 años.

Esta investigación se encuentra avalada por los tutores; Prof. Mg Miriam Costabel y la Prof. Agdo. Isabel Silva
Este investigación contempla el I Decreto 379/2008.....

Br. Macarena Fraga Cf. Tel.
Br. Ivanna Rivero Cf. Tel.

Br. Fabián Regalado Cf. Tel.
Br. Carlos Muñoz C.I. Tel.

26/7/13
Se autoriza porque sus lecciones de la Dirección de Investigación comprometerse al uso de lo infraestructura con otros
4 JUL 2013
4/2/13
4/2/13
MEDICINA GENERAL DEL NORTE BOIS

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

**ANEXO V - CONSENTIMIENTO INFORMADO APORTADO POR LA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado/a por los Estudiantes de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, que cursan la carrera de Licenciatura en Enfermería, que desarrollaran el Trabajo de Investigación Final a cargo de las Tutoras Prof. Mg. Miriam Costabel y Prof. Adj. Cristina Cadejo, denominado "Descripción de una población de Adultos Mayores dependientes y auto válidos en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013" propuesto y autorizado por la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

Consiento libre y voluntariamente en colaborar dando la información necesaria para la realización de dicho trabajo.

Permito que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información recabada manteniendo el anonimato de mi identidad.

He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier etapa de la investigación.

Saluda atentamente

Estudiantes Facultad de Enfermería

Fecha: _____

Firma: _____

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

1) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)					
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios						
	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes	
Consumo carnes rojas						
Consumo pollo						
Consumo cerdo o derivados						
Consumo pescado						

Realiza ejercicio físico						
	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos	
Bicicleta						
Concurre al gimnasio						
Camina						
Coere						
Otro tipo de actividad						
Come con sal	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal	
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes	
Consumo comidas elaboradas (conhelados, ya preparadas, etc.)						

Actividad laboral			Si	No
Trabajo rural				
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmio)				

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico										
Cardiología	Si	No	Geriatría	Si	No	Medicina Gral.	Si	No	Otros	

U. R. - Facultad de Enfermería - Clínica de la Salud del Adulto y Anciano Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - 2 - Montevideo

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Exámenes	Control P/A (1)	BCG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Orina (5)	ECO. Ap. Último (6)	Doble de un decubito (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (mg. d')
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolaou (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			


Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)			
Pfeiffer		Lawton y Brody	

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares			Padres fallecidos Enf. A. Digestivo		
Si	No		Si	No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumió alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		

Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono	
Si	No	Si	No	Si	No

Observaciones

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares			Padres fallecidos		
Si	No		Si	No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No

				Antecedentes Familiares			
		Si	No			Si	No

Acalasia				
Radioterapia previa				
Esofagitis Cáustica				
Divertículos esofágicos				

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico		Si	No
---------------------------------------	--	----	----

Observaciones

Consumo de alimentos muy calientes		Si	No
------------------------------------	--	----	----

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Nombre			
Apellido			
Edad		Sexo	
Profesión			
Dirección			
Teléfono			

EXAMENES DE LABORATORIO

Glucosa		
Hemoglobina glicada		
Perfil lipídico		
Urea		
Creatinina		
Proteínas		
Electrolitos		
Pruebas de función hepática		
Pruebas de función renal		
Pruebas de función tiroidea		
Pruebas de función cardíaca		
Pruebas de función pulmonar		
Pruebas de función neurológica		
Pruebas de función psicológica		

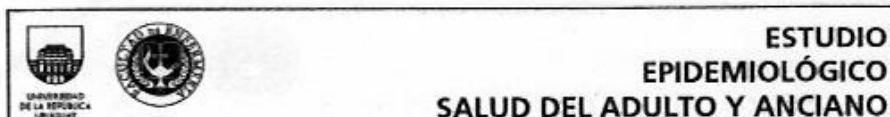
EXAMENES DE LABORATORIO

Glucosa		
Hemoglobina glicada		
Perfil lipídico		
Urea		
Creatinina		
Proteínas		
Electrolitos		
Pruebas de función hepática		
Pruebas de función renal		
Pruebas de función tiroidea		
Pruebas de función cardíaca		
Pruebas de función pulmonar		
Pruebas de función neurológica		
Pruebas de función psicológica		

EXAMENES DE LABORATORIO

Glucosa		
Hemoglobina glicada		
Perfil lipídico		
Urea		
Creatinina		
Proteínas		
Electrolitos		
Pruebas de función hepática		
Pruebas de función renal		
Pruebas de función tiroidea		
Pruebas de función cardíaca		
Pruebas de función pulmonar		
Pruebas de función neurológica		
Pruebas de función psicológica		

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.



III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES					
Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de C.P.	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES							
Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		
Obesidad		
Peso (kg)	Talla ²	IMC>25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	Si	No
Control con Urologo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	Si	No
Hematuria		
Disuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquizuria		
Incontinencia		

IV) FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES		
	Si	No
Menarca precoz		
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Nullípara		

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí" Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois. Agosto- Setiembre 2013.

ANEXO VIII CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES DEL INFORMANTE



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

V) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Exposición al medio ambiente	Si	No
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX ej: laborales		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

VI) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo, o mucho esfuerzo visual		
Traumas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuáles	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoín, Sumatripan, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		

ANEXO VII - CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES DEL INFORMANTE

Pfeiffer

¿Es capaz de manejar su propio dinero?

3 Normal

0 Normal 1. ¿Maneja él/ella su propio dinero?

1 Dificilmente, pero lo hace

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Dificilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

2. ¿Es él/ella capaz de comprar ropa sola, cosas para la casa y comestibles?

3 Normal

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Dificilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

3. ¿Es él/ella capaz de poner agua para el café o té y apagar la cocina?

0 Normal 1 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Dificilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

4. ¿Es él/ella capaz de preparar una comida?

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

5. ¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales, también de la Comunidad o del vecindario?

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

6. ¿Es él/ella capaz de poner atención y entender discutir un programa de radio o T.V., diario o revista?

0 Normal 0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

7. ¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

8. ¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos?

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

9. ¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?

0 Normal

0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora

1 Difícilmente, pero lo hace

1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora

2 Requiere ayuda

3 Dependiente

10. ¿Es él /ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?

0 Normal

- 0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora
- 1 Difícilmente, pero lo hace
- 1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora
- 2 Requiere ayuda
- 3 Dependiente

11. ¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura?

- 0 Normal
- 0 Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora
- 1 Difícilmente, pero lo hace
- 1 Nunca lo ha hecho, y tendría dificultades ahora
- 2 Requiere ayuda
- 3 Dependiente

(Pfeiffer Activasteis Cuestionare) Total (máximo 33)

Hasta 17 es normal

(Dras. Albala - P. Quiroga; U. Concepción)

**ANEXO VIII - ESCALAS DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA
DIARIA**

LAWTON - BRODY

1. Capacidad para utilizar el teléfono

Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1

Capaz de marcar bien algunos números familiares 1

Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar 1

No es capaz de usar el teléfono en absoluto 0

2. Compras

Realiza todas las compras necesarias independientemente 1

Realiza independientemente pequeñas compras 0

Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra 0

Totalmente incapaz de comprar 0

3. Preparación de la comida

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1

Prepara adecuadamente comidas si se le proporciona los ingredientes 0

Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0

Necesita que le preparen y sirvan las comidas. 0

4. Cuidado de la casa

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ej.: ayuda doméstica para

El trabajo pesado) 1

Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos, la cama otros. 1

Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener aceptable nivel de

Limpieza 1

Necesita ayuda en todas las labores de la casa 1

No participa en ninguna labor de la casa 0

5. Lavado de ropa

Lava por sí solo todas su ropa 1

Lava por sí solo pequeñas prendas 1

Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otros 0

6. Medios de transporte

Viaja sólo en transporte público o conduce su propio coche 1

Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte

Público 1

Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona 1

Utiliza únicamente taxi o el automóvil con ayuda de otros 0

No viaja en absoluto 0

7. Responsabilidad respecto a su medicación

Es capaz de tomar medicación a la hora y dosis correcta 1

Toma su medicación si la dosis es preparada previamente 0

No es capaz de administrarse su medicación 0

8. Capacidad para manejar asuntos económicos

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
 Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
 Agosto- Setiembre 2013.

Capaz de encargarse de sus asuntos económicos por sí solo (presupuesto, Extiende cheque, paga la renta, va al banco) 1
 Realiza las compras de cada día pero necesita ayuda en el banco, grandes Compras, etc. 1
 Incapaz de manejar dinero 0

PUNTUACIÓN TOTAL (8 Máximo posible).

ANEXO IX - REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR

Guía de acuerdo con el IMC:

CATEGORÍA

IMC (kg/m²)

Bajo peso	Menores 18,5
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II	27-29,9
Obesidad grado I	30-34,9

Estudio descriptivo, socio-demográfico y de la epidemiología cardiovascular y oftalmológica de la población de Adultos Mayores, asistidos en el Centro Oftalmológico "José Martí"
Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.
Agosto- Setiembre 2013.

Obesidad grado II	35-39,9
Obesidad grado III (mórbida)	40-49,9
Obesidad grado IV (extrema)	Mayores de 50

Requerimientos Dietéticos en Adulto Mayores:

- En los Adultos al llegar esta etapa se observa una disminución de la tolerancia a la glucosa (azúcar), la que provoca un aumento de esta en sangre.
- La velocidad metabólica basal disminuye en 20% empezando esta disminución después de los 30 años, en parte debido a la disminución de la masa corporal magra. Esto significa que la necesidad del aporte calórico es menor por lo que muchas veces da lugar a un aumento de peso, que puede conducir a obesidad si no se soluciona a tiempo.
- Pueden sumarse alteraciones en la dentadura y ellos pueden interferir o limitar la capacidad de consumir algunos, como ciertas frutas, vegetales y alimentos de origen animal, lo que conduce a un cambio en la consistencia de los alimentos.
- Es posible la aparición de otros factores capaces de interferir con una adecuada y equilibrada de alimentación, tales como la limitación de recursos económicos derivados de la jubilación y la falta de ingresos

monetarios por otras vías, la depresión por pérdida de seres queridos, diversos grados de deterioro mentales o la falta de apoyo familiar.

- Otra alteración son los cambios en la motilidad del tubo digestivo.

- Los requerimientos de energía disminuyen con la edad. El aporte de energía a través de los alimentos debe adaptarse a las necesidades de cada individuo en función de la edad, talla, peso ideal, actividad física y patologías entre otros.

- Aunque el metabolismo de este grupo de edad disminuye, no se debe dar dietas hipocalóricas porque no se cubrirán las necesidades de proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales. Lo más importante será seleccionar alimentos de alto valor nutricional como son los alimentos de origen animal, lácteos y cereales.

- Otro factor que influye en la calidad de la alimentación son las creencias y prácticas culturales.

Principios básicos para la dieta en Adulto Mayor:

- ✓ Contenga alimentos variados, incluyendo alimentos de todos los grupos. (Frutas, verduras, cereales y tubérculos, leguminosas, alimentos de origen animal, lácteos, aceites y grasas, y azúcares).

- ✓ Permita mantener el peso correcto dentro de los parámetros normales.

- ✓ Evite excesos de grasas saturadas y colesterol.

- ✓ Incluya una cantidad suficiente de fibra. (Frutas y verduras)

- ✓ Armónica, guardando relaciones entre el consumo de los distintos alimentos.
- ✓ Evitar el consumo excesivo de grasas de origen animal, sodio, azúcares y bebidas alcohólicas
- ✓ Evitar los excesos de la alimentación.
- ✓ Realizar como mínimo cuatro comidas diarias.
- ✓ Consumir lácteos con bajo contenido en grasas.
- ✓ Seleccionar preferentemente carnes blancas (pollo, pescado)
- ✓ Incluir aceite vegetal crudo diariamente.
- ✓ Consumir abundantes líquidos (mínimo 2 litros por día)
- ✓ Comer despacio, masticar bien cada bocado
- ✓ Conservar el placer de comer