

CENTRO OFTALMOLÓGICO
"ENRIQUE CABRERA"
LA HABANA

Características clínico-epidemiológicas del síndrome de ojo seco en el Policlínico "Federico Capdevila" durante el año 2010.

Clinical and epidemiological characteristics of dry eye syndrome in Polyclinic "Federico Capdevila" during the year 2010.

Yunieski Victorero Malagón (1), Zoila C. Martínez Legón (2), Idalia Triana Casado (3), Raúl Sablón González (4), Catherine Hernández Cedeño (4), Zailyt Morell Ochoa (5).

RESUMEN

El síndrome de ojo seco es una afección frecuente en la consultas de oftalmología. Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el año 2010 en el policlínico "Federico Capdevila", La Habana, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente esta entidad, en los pacientes pertenecientes a esta área de salud. Se analizaron las variables edad, sexo, síntomas y signos, tiempo de ruptura de la película lagrimal, resultados del Test de Schirmer I y factores de riesgo asociados a esta enfermedad. El universo estuvo constituido por 200 pacientes con sospecha de ojo seco que acudieron a consulta durante el período señalado y la muestra por 62 pacientes con diagnóstico confirmado. La afección predominó a partir de los 60 años (45,2%) y más en mujeres (59,7%), los síntomas y signos más frecuentes fueron la sensación de ojo seco (40,3%) y la hiperemia conjuntival (32,3%), el tiempo de ruptura de la película lagrimal y el Test de Schirmer I resultaron positivos en la mayoría de los pacientes y las enfermedades oculares (32,3%) predominaron como principal factor de riesgo asociado al ojo seco.

Palabras clave: SÍNDROMES DE OJO SECO/fisiopatología, SÍNDROMES DE OJO SECO/epidemiología.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Oftalmología.
2. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do Grado en Oftalmología. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar.
4. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Oftalmología.
5. Especialista de 1er grado de Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesora Instructora.

INTRODUCCIÓN

El ojo seco es una de las enfermedades que con mayor frecuencia constituyen motivo de consulta en Oftalmología. Se estima que hasta el 30% de los pacientes que demandan asistencia oftalmológica lo hacen por este motivo, sobre todo mayores de 60 años, sin embargo, se manifiesta con gravedad en una escasa proporción. Se define como la alteración de la película lagrimal por déficit o evaporación excesiva de la misma, que origina daños en la superficie ocular interpalpebral, asociada a síntomas de malestar ocular (1-3).

Tiempo atrás, se relacionaba, casi en forma exclusiva y directa, con las manifestaciones oculares producidas del síndrome de Sjögren. Actualmente, se sabe que sólo un limitado porcentaje de los pacientes portadores de ojo seco lo presentan (4).

En la actualidad, el estudio de la sequedad ocular ocupa un lugar privilegiado en las investigaciones oftalmológicas y los intensos esfuerzos destinados al estudio de esta singular enfermedad están orientados principalmente hacia: 1) los aspectos relacionados con su fisiopatología y su integración con las estructuras que conforman a la superficie ocular y 2) el desarrollo de nuevas y más eficaces drogas.

La prevalencia del ojo seco en Estados Unidos es de 7,8% en mujeres y de 4,7% en hombres mayores de 50 años, es decir, afecta alrededor de 4,8 millones de personas, mientras que en España, es la causa más frecuente de irritación ocular en mayores de 65 años, con una prevalencia del 75% en mayores de 50 y del 15% en mayores de 70, más frecuente en mujeres. Se considera que la prevalencia ha aumentado en los últimos años, debido al envejecimiento de la población, al mayor uso de medicamentos y al incremento de irritantes y alérgenos en el ambiente (2, 5).

La forma más empleada para clasificar el ojo seco es la triple clasificación de Madrid de 2005, que contempla los siguientes aspectos: (6-8).

- Según etiología: etaria, hormonal, farmacológica, autoinmune, hiponutricional, disgenética, infeccioso/inflamatoria, neurológica y tóxica.
- Según glándulas afectadas (ALMEN): A acuodéfica, L lipodéfica, M mucodéfica, E epitelioepática y N no oculares).
- Según gravedad: grado 1 o leve (síntomas sin signos fentobiomicroscópicos), grado 2 o moderado (síntomas con signos reversibles) y grado 3 o severo (síntomas con signos irreversibles).

El ojo seco leve es aquel que presenta semiología poco evidente, se puede confundir con otras alteraciones de la superficie ocular. El moderado, se caracteriza por presentar un cuadro semiológico más claro y preciso, sintomatología bien manifiesta que el paciente percibe como una molestia que lo perturba casi a diario. El grave, se caracteriza por presentar semiología marcada y evidente, que forma parte de la vida diaria de los enfermos, sumamente molesta y manifiesta con gran carga anímica de preocupación y sufrimiento, que logra perturbar sus vidas al punto de impedirles el normal desarrollo de sus capacidades (3-4, 9-10).

En general, los síntomas de esta afección son picor, fatiga ocular, quemazón, ojo rojo, visión borrosa que mejora con el parpadeo y lagrimeo excesivo, que se exacerban al final del día o cuando el paciente realiza actividades visuales agotadoras, tales como lectura mantenida, exceso de televisión o trabajar con un ordenador (3).

Las causas de ojo seco son variadas y dependen de la capa de la porción de la película lagrimal que esté en déficit. El ojo seco acuodéfica, que se da cuando las glándulas lagrimales, principal y accesorias, segregan deficitariamente. En el mucodéfica, a veces la secreción mucosa es normal inicialmente, pero se altera secundariamente a la escasez de la película lagrimal por déficit de producción o por exceso de evaporación que conlleva a hiperosmolaridad de la lágrima, con daño de la superficie ocular. La causa más frecuente de afectación de la capa lipídica, es la enfermedad de las glándulas lipídicas de los márgenes palpebrales (11).

El diagnóstico de ojo seco se basa en el correcto desarrollo de una serie de pasos lógicos y ordenados, que comienzan con la recopilación de datos a partir de las manifestaciones que el enfermo refiere, el examen físico y los test de diagnóstico específicos: Schirmer I, tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT), tinción con rosa de Bengala, fluoresceína o lisamina verde, apoyados por exámenes complementarios tales como: osmolaridad lagrimal, concentración de lactoferrina, citología de impresión y biopsia conjuntival (2,10,12-13).

El tratamiento consiste básicamente en administrar sustitutivos de las lágrimas naturales. Cuando esto no es suficiente, existen otras opciones como la oclusión de los puntos lagrimales, temporal o definitiva, o la utilización de sustancias que incrementen la producción de lágrimas (secretagogos), como la pilocarpina oral. Lo fundamental es la educación del paciente para crear hábitos como beber al menos un litro de agua diario, parpadear con frecuencia, sobre todo cuando se está viendo la televisión o utilizando la visión de cerca y evitar los ambientes secos (2,10-12).

En Cuba, pocos estudios caracterizan este problema de salud y específicamente en el área que se estudió no existe ninguna investigación con relación al mismo, se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar, desde los puntos de vista clínico y epidemiológico, el síndrome de ojo seco en el área de salud Capdevila de La Habana.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal en el área de salud Capdevila del municipio Boyeros, La Habana, durante el año 2010.

El universo estuvo constituido por 200 pacientes con sospecha de ojo seco que acudieron a

consulta, durante el período de estudio. La muestra quedó integrada por 62 de ellos, a los cuales se les confirmó el diagnóstico, después de aplicados los criterios de inclusión (pacientes de 18 años en adelante que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación) y exclusión (pacientes que no cooperaron con el examen físico y la recogida de la información).

Una vez incluidos los pacientes en la investigación, se procedió al llenado de la planilla de recolección de datos, de acuerdo con las variables de interés: edad, sexo, síntomas y signos, BUT, Test de Schirmer I, factores de riesgo (FR) y/o posibles etiologías, enfermedades oculares asociadas y uso de medicamentos.

Se emitió el diagnóstico en aquellos pacientes que cumplieran los siguientes criterios:

- Presencia de síntomas con pruebas de Schirmer I y/o BUT positivas.
- presencia de síntomas y signos con pruebas de Schirmer I y/o BUT positivas.

A todos los pacientes incluidos se les realizó biomicroscopía de segmento anterior. El BUT y el Test de Schirmer I fueron valorados como positivos, según criterios de la Academia Americana de Oftalmología (2-4).

El análisis de los resultados se realizó mediante estadígrafos descriptivos (frecuencias absolutas y por ciento).

Se confeccionó un modelo de consentimiento informado para obtener la aprobación del paciente a participar en el estudio, previo esclarecimiento de las pruebas oftalmológicas a realizar, así como que la información solo tendría fines investigativos, con la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo decidieran. Se respetaron las disposiciones de la Declaración de Helsinki, en su versión revisada del 2000 (14).

RESULTADOS

En la distribución de los pacientes de la serie según edad y sexo, predominaron aquellos a partir de los 60 años, 45,2% y las mujeres 59,7%, (Tabla No.1).

En lo que síntomas y signos se refiere, los resultados se resumen en la Tabla No.2. La mayor frecuencia correspondió a la sensación de ojo seco (40,3%) y a la hiperemia conjuntival (32,3%) respectivamente.

Predominó la positividad de los Test de BUT y Schirmer I con frecuencias de 74,2 y 83,9% respectivamente (Tabla No.3).

Los factores de riesgo (FR) y posibles etiologías se muestran en la Tabla No.4. Predominó la asociación del ojo seco con otras enfermedades oculares en 20 pacientes (32,3%).

De los 20 pacientes que tenían alguna enfermedad ocular asociada al ojo seco, las más frecuentes en la serie fueron el pterigium y la pingüecula con 13 afectados, 65% (Tabla No.5).

Un FR encontrado, asociado al ojo seco en 12 (19,3%) de los 62 pacientes estuvo representado por el uso de medicamentos. En la Tabla No.6, aparece la distribución del consumo de medicamentos por grupos farmacológicos. Predominó el consumo de medicamentos sistémicos y resultaron más frecuentes los antidepresivos (33,3%), los antihistamínicos (25,0%) y los antihipertensivos (16,8%).

DISCUSIÓN

Los resultados de la serie con relación a la edad, son similares a los publicados por estudios realizados en España, Estados Unidos y Reino Unido, con cifras de 35,6 y 75% respectivamente. Estos resultados son lógicos de acuerdo con los patrones demográficos actuales. El aumento de la expectativa de vida de la población, conllevará al aumento de esta condición ocular. Desde el punto de vista fisiopatológico, esto se justifica por el hecho de que con la edad todas las células del organismo sufren un proceso de apoptosis del que no están exentas las glándulas exocrinas, que incluye las dacrioglándulas (6-8,15-16). Balbona, que obtiene similares resultados, plantea que a partir de los 30 años comienza la disminución de la secreción lagrimal, hasta aproximadamente los 60 años en que existen momentos de sequedad ocular en determinadas circunstancias (uso de lentes de contacto, estar bajo la acción de aire acondicionado, etc.) y que el ojo seco etario suele ser leve o medio (7).

Resultados análogos a los de la serie analizada, en lo que a sexo se refiere, reportan Miljanović y cols., que demuestran que los andrógenos ayudan a mantener un "paraguas antiinflamatorio" sobre los tejidos de las glándulas que participan en la secreción de la película lagrimal. Las

mujeres post-menopáusicas, cuyos niveles de andrógenos disminuyen por debajo del umbral, se vuelven susceptibles al ojo seco (17). Otro estudio, con resultados similares, revela que la deficiencia en la producción de andrógenos constituye un factor etiológico importante en la patogénesis de la producción lagrimal durante la menopausia, el envejecimiento y las enfermedades autoinmunes (18). Un estudio multicéntrico realizado en Australia, The Blue Mountains Eye Study, reporta que la población femenina afectada de ojo seco duplica a los hombres, proporción similar a la reportada por un estudio de Estados Unidos (19).

En cuanto a sintomatología, el resultado de la serie coincide con el de Gálvez y cols., en México y con el de Donate en España, que encuentran la sensación de ojo seco como síntoma cardinal, mientras que Balado y cols., también en España, destacan como síntoma principal la sensación de cuerpo extraño, que en la serie ocupó el segundo lugar (20-22). Por el contrario, Lanuza García, señala al prurito ocular como el síntoma más frecuente (72,6% de los casos), lo cual no coincide con los resultados de la serie (23).

En cuanto a los signos al examen biomicroscópico, Balado, Gabela y cols., en España, reportan predominio de queratitis punctata y blefaritis (anterior 79% y posterior 50%) como los signos más frecuentes y no reportan apenas hiperemia, lo que puede obedecer al hecho de que estas enfermedades son la causa más frecuente de síndrome de ojo seco evaporativo y en menor medida del hiposecretor y quizás a diferencias climáticas con Cuba que hacen menos frecuente el ojo rojo (22,24).

Otros estudios nacionales coinciden en sus resultados con la serie. Mederos y cols., en Ciego de Ávila, señalan la hiperemia conjuntival como el más frecuente, presente en el 100% de los pacientes estudiados, mientras que Torres y cols., en La Habana, lo reportan en el 27,7% de sus pacientes (6,25).

Lo reportado con respecto al Test de BUT coincidió con los estudios de García y Cedeño en Santiago de Cuba y López y cols., en España, mientras que los del Test de Schirmer I, coinciden con lo reportado por Tomlinson (26-28).

Noble y cols., consideran que, a pesar de que esta prueba ha estado disponible por más de un siglo y de que varios estudios han demostrado que no identifica adecuadamente a un grupo considerable de pacientes con sequedad ocular, como aquellos de etiología tantálica donde la producción de lágrima es normal, más del 50% de los pacientes con ojo seco presentan Schirmer positivo (29). Por su parte, López y cols., plantean que los valores de este Test disminuyen con la gravedad del cuadro clínico, existen diferencias significativas en su efectividad según la etiología (27). De acuerdo con esto, encontramos mayor disminución de los valores del Schirmer I en las causas inmunológica, senil y traumática, mientras que en el caso del BUT fueron las causas inmunológica, inflamatoria y tantálica las más representativas.

En ausencia de alguna enfermedad asociada a la aparición de este síndrome, la exposición a un ambiente inapropiado puede o no desencadenar síntomas de sequedad ocular. Sin embargo, en algunas condiciones como la xeroftalmía ligera (blefaritis, uso de lentillas de contacto), la asociación con una agresión ambiental puede iniciar un cuadro de ojo seco, que aisladamente ninguna de las dos causas manifestaría.

El pterigium y la pinguécula fueron las asociaciones que reportaron la mayor frecuencia. En estos casos, a pesar de existir una adecuada producción de la película lagrimal, esta no logra esparcirse de manera adecuada, por lo que no llega a cubrir los requerimientos de la superficie ocular.

Con respecto a la relación ojo seco-consumo de fármacos, la literatura revela que existe un gran número de estos que reducen la producción de lágrimas. En general, los resultados de la serie coinciden con lo reportado, aunque cabe señalar que no siempre se describe el consumo de los mismos medicamentos, lo que puede estar en relación con los diferentes patrones de morbilidad de los países (30-32).

ABSTRACT

The dry eye syndrome is a frequent affection in Ophthalmology consultations. A descriptive and cross-sectional study was carried out during the year 2010 in "Federico Capdevila" Policlinic, Havana, with the objective of characterizing clinical and epidemiologically this entity, in patients belonging to this health area. The variables age, sex, symptoms and signs, time of rupture of the lachrymal film, results of the Schirmer I Test and risk factors associated to this disease. The

universe was constituted by 200 patients with suspicion of dry eye that arrived to consultation during the signal period and the sample of 62 patients with confirmed diagnosis. The affection prevailed from 60 years on (45,2%) and mostly in women (59,7%), the more frequent symptoms and signs were the dry eye feeling(40,3%) and the conjunctival hyperemia (32,3%), time of rupture of the lachrymal film and Schirmer I Test were positive in most of the patients and ocular diseases (32,3%) prevailed as main risk factor associated to dry eye.

Key words: DRY EYE SYNDROMES/physiopathology, DRY EYE SYNDROMES/epidemiology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larmo PS, Järvinen RL, Setälä NL, Yang B, Viitanen MH, Engblom JR, et al. Oral sea buckthorn oil attenuates tear film osmolarity and symptoms in individuals with dry eye. *J Nutr*. 2010; 140(8):1462-8.
2. Goyal S, Chauhan SK, El Annan J, Nallasamy N, Zhang Q, Dana R. Evidence of corneal lymphangiogenesis in dry eye disease: a potential link to adaptive immunity? *Arch Ophthalmol*. 2010; 128(7):819-24.
3. Avni I, Garzozzi HJ, Barequet IS, Segev F, Varssano D, Sartani G, et al. Treatment of dry eye syndrome with orally administered CF101: data from a phase 2 clinical trial. *Ophthalmology*. 2010; 117(7):1287-93.
4. Guo B, Lu P, Chen X, Zhang W, Chen R. Prevalence of dry eye disease in mongolians at high altitude in china: The Henan Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol*. 2010; 17(4):234-41.
5. Castillo Gómez G. ¿Qué es el ojo seco? Entorno médico [Internet]. 2010 [citado 20 Dic 2010] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/index-o.html>.
6. Torres García D, Vázquez Negrín FS, Suárez Herrera V, Alemán Suárez I, Morán Martín Y. Síndrome de ojo seco. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2005 [citada 10 Nov 2010]; 18(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762005000100011&script=sci>.
7. Balbona Brito R, de la Torre A, Ximena M. Inmunología ocular: síndrome de ojo seco. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2002; 21(1):4-5.
8. Lin PY, Tsai SY, Cheng CY, Liu JH, Chou P, Hsu WM. Prevalence of dry eye among an elderly Chinese population in Taiwan: the Shihpai Eye Study. *Ophthalmology*. 2003; 110(6):1096-101.
9. McCann LC, Tomlinson A, Pearce EI, Khanal S, Kaye SB, Fisher AC. A clinical alternative to fluorophotometry for measuring tear production in the diagnosis of dry eye. Department of Vision Sciences, Glasgow Caledonian University, United Kingdom. *Cornea*. 2010; 29(7):745-50.
10. Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology*. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
11. Dart J. Cicatricial pemphigoid and dry eye. *Seminars Ophthalmol*. 2005; 20(2):95-100.
12. Wang HF. Diagnosis of dry eye. *Sem Ophthalmol*. 2005; 20(2):53-62.
13. Versura P, Campos EC. Menopause and dry eye. A possible relationship. *Gynecol Endocrinol*. 2005; 20(5):289-98.
14. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Helsinki enmendada por la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia: Octubre 2000 [Internet]. New York: ONU [actualizada oct 2000; citada 10 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.html>
15. Sahai A, Malik P. Dry eye: prevalence and attributeable risk factors in a hospital-based population. *Indian J Ophthalmol*. 2005; 53(2):87-91.
16. Karadayi K, Ciftci F, Akin T, Bilge AH. Increase in central corneal thickness in dry and normal eyes with application of artificial tears: a new diagnostic and follow-up criterion for dry eye. *Ophthalmol Physiol Opt*. 2005; 25(6):485-91.
17. Miljanović B, Dana R, Sullivan DA, Schaumberg DA. Impact of dry eye syndrome on vision-related quality of life. *Am J Ophthalmol*. 2007; 143(3):409-15.
18. Market Scope. Report on the Global Dry Eye Market. St. Louis: Market Scope; 2004: 16.
19. Chia EM, Mitchell F, Rochtchina E, Lee AJ, Maroun R, Wang JJ. Prevalence and associations of dry eye syndrome in an older population: the Blue Mountains Eye Study. *Clin Exp Ophthalmol*. 2003; 31(3):229-32.

20. Gálvez Tello JF, Lou Royo MJ, Andreu Yela E. Ojo seco, diagnóstico y tratamiento. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1998; 22(5): 117-22.
21. Donate J, Benítez del Castillo JM, Fernández C, García Sánchez J. Validación de un cuestionario para diagnóstico de ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol. 2002; 77(9):493-500.
22. Balado AM, Carrero LJ. Ojo seco. Guías Clín. 2004; 4(30): 1-6.
23. Lanuza García A, Albelda Valles C, Morcillo Claramunt M. Valoración del síndrome de "ojo seco" ante síntomas de sequedad ocular. Arch Soc Esp Oftalmol. 1998; 77(5):275-7.
24. Gabela Merino MI, González García MJ, Mayo Iscar A, Calonge Cano M. Síntomas y signos de ojo seco en usuarios de lentes de contacto hidrofílicas: relación con el hábito de fumar. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003; 78(10):543-7.
25. Mederos González ME, Meneses Pérez M, Landrían Iglesias B, Zayas Ribalta Y. Comportamiento clínico y epidemiológico del ojo seco en el Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Junio-diciembre 2006. Rev Misión Milagro [Internet]. 2009 [citada 10 Nov 2010]; 2(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.misionmilagro.sld.cu/vol2no2_09/inv3105.php
26. García Galí MJ, Cedeño López S. Ojo seco en las consultas de Oftalmología. Medisan [Internet]. 2004 [citada 10 Nov 2010]; 8(1):8-11. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_n1_04/san03104.htm
27. López García JS, García Lozano I, Smaranda A, Martínez Garchitorena J. Estudio comparativo del Test de Schirmer y BUT en relación con la etiología y gravedad del ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005; 80(5):289-96.
28. Tomlinson A, Khanal S, Ramaesh K, Diaper C, McFadyen A. Tear film osmolarity: determination of a referent for dry eye diagnosis. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2006; 47(10):4309-15.
29. Noble BA, Loh RSK, MacLennan S, K Pesudovs, A Reynolds, L R Bridges, et al. Comparison of autologous serum eye drops with conventional therapy in a randomised controlled crossover trial for ocular surface disease. Br J Ophthalmol. 2004; 88(1):647-652.
30. Du Toit R, Situ P, Simpson T, Fonn D. The effects of six months of contact lens wear on the tear film, ocular surfaces, and symptoms of presbyopes. Optom Vis Sci. 2001; 78(6):455-62.
31. Erb C, Gast U, Schremmer D. German register for glaucoma patients with dry eye I. Basic outcome with respect to dry eye. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2008; 246(11):1593-601.
32. Kavroulaki D, Gugleta K, Kochkorov A, Katamay R, Flammer J, Orgul S. Influence of gender and menopausal status on peripheral and choroidal circulation. Acta Ophthalmol Scand. 2010; 88(8):850-3.

ANEXOS

Tabla No.1. Distribución de pacientes según edad y sexo.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
18-29	1	4,0	2	5,4	3	4,8
30-39	1	4,0	3	8,1	4	6,4
40-49	5	20,0	3	8,1	8	13,0
50-59	8	32,0	11	29,7	19	30,6
60 y más	10	40,0	18	48,6	28	45,2
Total	25	40,3	37	59,7	62	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No.2. Distribución de pacientes según síntomas y signos.

CARACTERÍSTICA	No.	%
Síntomas		
Sensación de ojo seco	25	40,3
Sensación de cuerpo extraño	15	24,1
Ardor	11	17,7
Ojo rojo intermitente	6	9,7
Visión borrosa	3	4,8
Prurito	2	3,2
Signos		
Hiperemia conjuntival	20	32,3
Queratitis punctata	15	24,1
Blefaritis	11	17,7
Neovascularización corneal	10	16,1
Queratitis filamentosa	6	9,7

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Nota: Se reflejó el síntoma y el signo más importante, en caso de presentarse más de uno.

Tabla No.3. Distribución de pacientes según resultados del Test de BUT y de Schirmer I.

EXAMEN	No.	%
BUT		
Positivo	46	74,2
Negativo	16	25,8
Schirmer I		
Positivo	52	83,9
Negativo	10	16,1
Total	62	100,0

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No.4. Distribución de pacientes según factores de riesgo y/o posibles etiologías.

CARACTERÍSTICA	No.	%
Enfermedades oculares asociadas	20	32,3
Efecto farmacológico	12	19,4
Factores ambientales	11	17,7
Factores inflamatorios	9	14,5
Evaporación excesiva	5	8,0
Factores hormonales	4	6,5
Traumas	1	1,6

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Nota: Se reflejó la condición más importante, en caso de presentarse más de una.

Tabla No.5. Distribución de pacientes según enfermedades oculares asociadas.

ENFERMEDADES	No.	%
Pterigium/Pinguecula	13	65,0
Ectropion	4	20,0
Tumores de conjuntiva	2	10,0
Proptosis	1	5,0
Total	20	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Nota: Se reflejó la condición más importante, en caso de presentarse más de una.

Tabla No.6. Distribución de pacientes según consumo de medicamentos.

MEDICAMENTOS	No.	%
Antidepresivos	4	33,3
Antihistamínicos	3	25,0
Antihipertensivos	2	16,8
Anticonceptivos orales	1	8,3
Ansiolíticos	1	8,3
Betabloqueadores tópicos	1	8,3
Total	12	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Nota: Se reflejó el consumo más importante, en caso de presentarse más de uno.