**CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON EPIFORA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CIRUGIA PLASTICA OCULAR DESDE ENERO DE 2013 A ENERO DE 2015 A LA CLINICA OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA**

Jaime Andres Cabarcas Santoya

Andrea Carolina Cruz Garcia

Juan Miguel Figueroa Perez

Daniel Jesus Villanueva Navarro

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**CARTAGENA**

**IX SEMESTRE**

**2016**

**CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON EPIFORA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE CIRUGIA PLASTICA OCULAR DESDE ENERO DE 2013 A ENERO DE 2015 A LA CLINICA OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA**

Jaime Andres Cabarcas Santoya

Andrea Carolina Cruz Garcia

Juan Miguel Figueroa Perez

Daniel Jesus Villanueva Navarro

**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**MANUEL TORRES** Director Del Departamento De Investigación

**ENRRIQUE RAMOS** Coordinador Del Departamento De Investigación

**LUZ MARINA PADILLA** Docente Del Área De Investigación

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**CARTAGENA**

**IX SEMESTRE**

**2016**

|  |
| --- |
| Nota de Aceptación |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Presidente del Jurado |
|  |
|  |
|  |
| Jurado |
|  |
|  |
| Jurado |

Cartagena, 21 de noviembre de 2016

**Dedicado a nuestros padres por su apoyo en cada una de las etapas de la realización de este trabajo y a Dios por llenarnos de sabiduría.**

**AGRADECIMIENTOS**

Principalmente le agradecemos a Dios por brindarnos la sabiduría y disciplina, segundo a nuestros asesores académicos Enrique Ramos y Luz Marina Padilla por su esfuerzo y dedicación. Su , orientación, conocimiento, su persistencia, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido de vital importancia para nuestra formación como investigadores.

También queremos agradecera la Dr. Gloria Leuro Residente de Oftalmología por guiarnos y brindarnos el apoyo académico que se ve reflejado en nuestro proyectoy a cada uno de los pacientes que hicieron parte de nuestro estudio, por su colaboración.

**CONTENIDO**

Pág.

[1.INTRODUCCIÓN](#_Toc466498739) 9

[2. OBJETIVOS 1](#_Toc466498740)0

[2.1 OBJETIVO GENERAL 1](#_Toc466498741)0

[2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1](#_Toc466498742)0

[3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1](#_Toc466498743)1

[3.1 FORMULACION DEL PROBLEMA 1](#_Toc466498744)1

[3.2 JUSTIFICACIÓN 1](#_Toc466498745)2

3.3. DELIMITACION……………………………………………………………………13

[4. MARCO TEÓRICO 1](#_Toc466498746)5

[4.1 MARCO LEGAL…………………………………………………………………20](#_Toc466498747)

[4.2 MARCO CONCEPTUAL](#_Toc466498747) 20

5. METODOLOGIA ……………………………………………………………………21

5.1 HIPOTESIS Y SISTEMA DE VARIABLES.……………………………………… 22

[6 PRESUPUESTO](#_Toc466498749) 24

7. ANALISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO……………………………...25

8. [CONCLUSIONES 2](#_Toc466498752)6

9. [RECOMENDACIONES 2](#_Toc466498753)7

10. [BIBLIOGRAFÍA 2](#_Toc466498754)8

**LISTA DE GRÁFICAS** (página 26)

Pág

Gráfica 1. Tiempo de vida en años de cada paciente 27

Gráfica 2. Sexo de paciente con epifora 27

Gráfica 3. Lateralidad 28

Gráfica 4. Características clínicas de la epifora 28

Grafica 5. Etiología 29

Grafica 6. Comorbilidades 29

**RESUMEN**

En este proyecto podemos apreciar la importancia de identificar la etiología de la epifora, debido a la alta incidencia que ha presentado esta patología en los últimos años y asi poder dar un manejo adecuado para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la presentan ya que repercute de manera directa en sus dia a dia, por la importancia de este tema hemos hecho este trabajo de investigación de tipo transversal descriptivo específicamente sobre la caracterizacionclinica y epidemiologica de los pacientes con epifora que acudieron a la consulta de cirugiaplastica ocular desde enero de 2013 a enero de 2015 a la clinicaoftalmologica de Cartagena. . Para efectos de este estudio, consideramos a todo paciente que ingreso al hospital con motivo de consulta el lagrimeo constante. Los objetivos son conocer la incidencia de estos casos y así mismo la población en donde mas se presenta, con el fin de brindar atención integral y perfilar un marco de referencia para futuras investigaciones y para conocimiento de otras disciplinas.

Luego de obtener los resultados, que destacan el principal agente causal y la población mas afectada, esta investigación propone ejecutar acciones que reduzcan la incidencia de esta, ya que los marca física, social y emocionalmente de por vida. La información obtenida para la realización de esta investigación procede de algunas fuentes bibliográficas, también se utilizó técnicas de investigación de campo como la observación, luego se procedió al análisis e interpretación de datos, para obtener los resultados e hipótesis planteadas, luego se procedió a determinar las conclusiones con sus respectivas recomendaciones

PALABRAS CLAVE: Caracteristicas Clinicas y Epidemiologicas, condiciones sociodemográficas, pacientes, etiologia.

# **INTRODUCCIÓN**

La epifora se define como el flujo excesivo de lágrimas secundario a una afectación en el drenaje lagrimal causado ya sea por mal posición de los puntos lagrimales, ocupación del menisco lagrimal, fallo de la bomba lagrimal u obstrucción en cualquier nivel de la vía lagrima de causa tanto congénita como adquirida; esta ultima de gran importancia ya que se describe como una de las causas principales.

Esta es un síntoma y signo común en la consulta de cirugía plástica ocular, y se encuentra relacionado a diversas patologías, siendo de gran importancia definir su causa etiológica, ya que dentro del abanico de posibilidades diagnósticas, todas difieren en su fisiopatología repercutiendo en su manejo y así mismo en la recuperación del paciente. La epifora se considera un signo y/o síntoma encontrado en diferentes patologías, no una entidad por sí sola, por tanto no se describen factores de riesgo relacionados directamente con ella, si no con las causas patológicas de esta.

Se ha encontrado que es una condición que afecta la calidad de vida de los pacientes dado que interfiere con su vida diaria, especialmente en actividades como leer o manejar, sin mencionar el impacto en la vida social del individuo.

1. **OBJETIVOS**
	1. **Objetivo General**

Caracterizar el comportamiento clínico y epidemiológico de la epifora en los pacientes que acudieron a la consulta de cirugía plástica ocular de la Clínica Oftalmológica de Cartagena en el periodo comprendido entre Enero de 2013 y Enero de 2015.

* 1. **Objetivos Específicos**
1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes con Epifora
2. Identificar los principales aspectos clínicos asociados a la aparición de epifora y su frecuencia en los pacientes del presente estudio.
3. Identificar la prevalencia de las diferentes etiologías de la epifora.
4. Describir la frecuencia de comorbilidades en los pacientes con epifora
5. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La epifora es un síntoma común que se presenta en la consulta de cirugía plástica ocular y se presenta por un drenaje lagrimal disfuncional que puede ser bilateral, unilateral y constante o intermitente, causado ya sea por una obstrucción en cualquier nivel de la vía lagrimal, mal posición de los puntos lagrimales, ocupación del menisco lagrimal o fallo de la bomba lagrimal. Se debe tener en cuenta en el estudio del paciente la diferenciación de la epifora con el lagrimeo el cual se caracteriza por una hipersecreción de lágrimas sin alteración del drenaje lagrimal y que es causado por patologías de la glándula lagrimal (aparato secretor) o de la superficie ocular.

La obstrucción de la vía lagrimal es una de las causas más frecuentemente encontrada, siendo más común la obstrucción inferior de la vía en comparación con la superior en estudios realizados en USA, y en menor proporción una anormalidad en el borde palpebral traduciéndose en una mal posición de los puntos lagrimales.

Las causas de la obstrucción se pueden dividir en congénitas y adquiridas, repercutiendo estas en diferentes grupos de edad y de igual manera encontrándose diferentes factores de riesgo y etiologías dentro de estas mismas.

Algunos de los test diagnósticos utilizados para el estudio de la epifora incluyen prueba de Jones I y II, canalización e irrigación del sistema lagrimal, scintigrafia, dacriocistografía contrastada y tomografía computada contrastada entre otros.

El manejo de la epifora va a depender de su causa etiológica, siendo importante determinarla ya que se encuentra relación entre un adecuado tratamiento, sea médico o intervencionista, y la adecuada recuperación del paciente.

En un estudio realizado en una clínica oculoplástica de la universidad de King Abdulaziz, en Arabia Saudita, se estudiaron 357 paciente y se encontró que la edad promedio de presentación de esta condición es a los 53.9 años, con una incidencia en mujeres de 60.5%, la duración del síntoma, previo a la consulta, vario entre 6 meses y 1 año; la causa más común encontrada fue enfermedad del punto lagrimal (49.9%) como estenosis (75.8%) u obstrucción, y se encontró asociada la presencia de blefaritis crónica.

En otro estudio realizado en el Meir Medical Center de KfarSava, Israel el cual conto con 280 pacientes en el cual se encontró una edad promedio de 69.4 +- 15 años, una afectación bilateral de 58.9% y como causa más común la mal posición del borde palpebral en un 33.3% seguido por la obstrucción nasolagrimal o canalicular en un 29%.

Se puede observar en los estudios realizados como difieren los resultados en la caracterización tanto epidemiológica como clínica en diferentes partes del mundo.

En Cartagena, Bolívar e incluso en Colombia no se han realizado estudios de caracterización epidemiológica y clínica de la epifora en la población.

**3.1 FORMULACION DEL PROBLEMA**

Con base en lo anterior siendo la Clínica Oftalmológica de Cartagena uno de los principales centros de referencia Departamental ¿Cuál es la caracterización epidemiológica y clínica en los paciente con epifora que acuden a la consulta de cirugía plástica ocular de la clínica oftalmológica de Cartagena?

**3.2 JUSTIFICACION**

Esta investigación es de gran importancia ya que nos puede brindar la información o servirnos de guía para el debido manejo de los pacientes que se presenten en la clínica oftalmológica Cartagena del mar con la presencia de epifora y mostrarnos las circunstancias que llegan a acrecentar o disminuir el inconveniente.

En primer lugar esta investigación busca caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con epifora, buscar que procesos están vinculados a las causas de la epifora, además estas son de gran importancia para todos los pacientes que la presentan y también para nosotros.

Al contar con estos datos, podremos investigar más a fondo cuales pueden ser las causas, o que procedimiento agrava el riesgo de presentar a largo plazo la epifora o lo contrario, identificar si es un proceso congénito, ya que esta se asocia con una gran cantidad de patologías, por esto es importante conocer, o acercarse a cual se relaciona más y como poder disminuir el índice de que los pacientes lo presenten.

Es de gran importancia conocer el nivel de los pacientes que presentan epifora, ya que, se ha encontrado que esta es una condición que va a afectar la calidad de vida, dado que esta va a interferir con su vida cotidiana, limitándolos a ciertas actividades como lo son por ejemplo, leer o manejar. Además que puede presentar un gran impacto en la vida social del individuo.

Este Proyecto, también busca identificar todos aquellos aspectos clínicos que se encuentren asociados a la causa de la aparición de la epifora, buscamos con esto conocer que hace que se presente, como evitarla si es posible, y principalmente se busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, al conocer la etiología de esta, podremos proceder a tomar las medidas adecuadas para evitar aumentar el número de pacientes, y en caso de existir un error hacer todo lo que este al alcance para tratar de corregirlo, buscamos conocer la frecuencia con la que se presenta para así demostrar que es algo que afecta a una gran cantidad de pacientes, y que es algo de mucha importancia.

**3.3 DELIMITACION**

La investigación se llevara a cabo en la clínica Cartagena del mar ubicada en el barrio pie de la popa Av. Pedro de Heredia Cartagena, Colombia, en un tiempo estipulado desde agosto de 2015 hasta semptiembre de 2016.

1. **MARCO TEORICO**

**CONCEPTO Y RECUERDO ANATÓMICO**

El lagrimeo excesivo es una sintomatología frecuente que se debe a un exceso de producción de lágrima por irritación de la superficie ocular, o a un defecto en la evacuación de esta. El término lagrimeo se reserva para la primera circunstancia, mientras que se prefiere epífora (del griego *epi* «sobre», *fora* «que lleva») para nombrar al rebosamiento de lágrimas que se acumulan por dificultad en su drenaje.

La secreción lagrimal proviene principalmente de la glándula lagrimal y, en menor cuantía, de las glándulas accesorias de la conjuntiva, y se reparte por la superficie ocular por la acción del parpadeo. Existe una secreción basal responsable de reemplazar paulatinamente a la que se drena por el sistema excretor, que mantiene el ojo húmedo, y otra, refleja, favorecida por circunstancias que irritan el polo anterior, como pelar cebollas o exponer la superficie ocular al viento fresco, o por las emociones. El exceso de lágrima se acumula en el canto interno del ojo donde es absorbido por los puntos lagrimales. Desde estos, la secreción lagrimal es evacuada por un sistema excretor constituido por los canalículos lagrimales, el saco lagrimal y el conducto nasolagrimal hasta el meato nasal inferior (figura 1). La lágrima entra a los canalículos favorecida por un mecanismo de succión ejercido desde el saco lagrimal al ser comprimido por la musculatura orbitaria.

**Frecuencia**

La frecuencia del lagrimeo excesivo en la población adulta se desconoce, pero indudablemente se trata de un síntoma común. Acompaña con asiduidad a la irritación de la superficie ocular y, por lo tanto, al ojo rojo, el motivo de consulta oftalmológica más frecuente en Atención Primaria (AP). Tampoco se ha estudiado con precisión la frecuencia de la epífora ni. Un antiguo estudio1 demostró que la proporción de pacientes con obstrucción de la vía lagrimal se incrementaba a medida que avanzaba la edad: desde el 14% a los 40 años hasta el 35% a los 90. Desgraciadamente, no se estudió una muestra poblacional, los pacientes estaban asintomáticos y provenían de la lista de espera quirúrgica oftalmológica. Sin embargo, la incidencia de pacientes adultos con clínica significativa que consultaron con un oftalmólogo y que fueron diagnosticados de obstrucción de la vía lagrimal es mucho menor. En un estudio poblacional realizado en Rochester (Estados Unidos)2, se alcanzó una incidencia de 30,47 pacientes por 100.000 habitantes y año.

La frecuencia y la evolución natural de la epífora en la infancia son perfectamente conocidas. MacEwen y Young3 demostraron defectos del drenaje lagrimal en hasta el 20% de los niños de una cohorte de casi 5 000 que fueron estudiados hasta cumplir un año. Al mes de vida, el 95% de los positivos se habían vuelto sintomáticos, y al año se había producido la remisión espontánea del 96% de los casos.

**Las diferentes causas de lagrimeo excesivo**

Las causas que producen lagrimeo excesivo pueden clasificarse atendiendo al mecanismo implicado en su origen. El grupo más numeroso lo constituye el que reúne patologías que originan un exceso de producción de lágrima, de origen reflejo. Todas tienen en común que, por distintos mecanismos, son responsables de una irritación del polo anterior, que reacciona ocasionando la hiperproducción lagrimal refleja.

El segundo grupo es menos frecuente y está constituido por todas aquellas causas que ocasionan un defecto en el drenaje de la vía lagrimal y, por lo tanto, epífora. Habitualmente dependen de una obstrucción mecánica localizada a cualquier nivel de la vía lagrimal, de origen primario, secundario o congénito. Aún menos habituales que estos son los defectos funcionales del sistema de drenaje lagrimal: pueden deberse a un fallo del mecanismo de bomba (habitualmente por una parálisis facial), o a un defecto de alineamiento del punto lagrimal con el menisco lagrimal en el canto interno del ojo (por un ectropión) que impida recoger la lágrima e introducirla en el sistema excretor.

La clasificación del lagrimeo, dependiendo del mecanismo implicado en su origen, se presenta en la tabla 1.



**Enfocando al paciente que llora: sospecha de lagrimeo reflejo**

En primer lugar, conviene averiguar si, además del lagrimeo excesivo, el paciente se queja de cualquier otra sintomatología ocular que denote irritación del polo anterior y, por lo tanto, sugiera hiperproducción de origen reflejo. Conviene preguntar de forma expresa por clínica de ojo rojo, sensación de cuerpo extraño y dolor ocular, sequedad, legaña, picazón o antecedentes de traumatismo. Cualquiera de estos síntomas evoca lagrimeo reflejo y obliga a una exploración atenta del polo anterior para detectar la causa. Se revisará, a ser posible con una lupa con luz, si hay malposición o irritación de los párpados, la disposición de las pestañas y la existencia de cuerpos extraños evertiendo los párpados, y se etiquetarán los diferentes tipos de hiperemia encontrados (conjuntival, ciliar o de exposición). Además, se teñirá el polo anterior con fluoresceína para detectar abrasiones o ulceraciones corneales.

Entre las causas irritativas más frecuentes de lagrimeo destaca, paradójicamente, la sequedad ocular. Habitualmente el paciente se presenta en la consulta sin signos que sugieran irritación del polo anterior, ya que el lagrimeo aparece en forma de crisis desencadenadas por la irritación debida a la falta de lágrima. Para diagnosticar sequedad ocular es necesario mantener un alto grado de alerta clínica. Incluso cuando el grado de sospecha es elevado, puede ser adecuado iniciar algún tratamiento empírico con lágrimas artificiales para confirmar el diagnóstico. El test de Schirmer es fácil de realizar, pero desgraciadamente tanto su sensibilidad (62,5%) como su especificidad (43,7%) resultan insuficientes4. Aun con todo, un resultado positivo se asocia a cuadros clínicamente relevantes, y apoyaría la conveniencia de emprender un tratamiento con lágrimas artificiales, evaluando posteriormente sus resultados (grado de recomendación C). La técnica del test de Schirmer se describe en un [artículo anterior de *AMF*](http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=589)5.

Si tras una exploración meticulosa del polo anterior no se descubren causas que justifiquen la presunción del origen reflejo del lagrimeo, ni se puede sospechar razonablemente que la sequedad ocular explique el cuadro, conviene replantearse el mecanismo implicado en el lagrimeo excesivo. Las deficiencias en el drenaje de la vía lagrimal cursan, en ocasiones, con episodios irritativos del polo anterior, favorecidos por la acción de la lágrima retenida. En estos casos dudosos, el test de Jones 1 puede ayudar a reevaluar la causa del lagrimeo. Esta prueba consiste en instilar dos gotas de fluoresceína en el fondo de saco conjuntival y esperar 5 minutos para intentar recoger el colorante con una torunda de algodón de su desagüe, en el meato nasal inferior, o haciendo sonar al paciente en un pañuelo. Cualquier recuperación de colorante (test positivo), que puede demostrarse más fácilmente utilizando luz azul cobalto, demuestra permeabilidad de la vía lagrimal y, por lo tanto, mecanismo reflejo como origen del lagrimeo excesivo6. Esta situación invita a reexplorar cuidadosamente el polo anterior y remitir al paciente al segundo nivel de no poder justificar el origen del lagrimeo. El resultado negativo del test de Jones 1 no es indicativo de déficit en el drenaje lagrimal, ya que la prueba arroja frecuentes falsos negativos, sobre todo en pacientes mayores (grado de recomendación C).

**Enfoque del paciente que llora: sospecha de epífora**

El lagrimeo en ausencia de otra sintomatología ocular acompañante, que proviene del canto medial del ojo y que fluye a través de la cara interna, paranasal, de la mejilla sugiere epífora. Cuando la lágrima aflora desde cualquier localización más lateral, aumenta la posibilidad de que la causa provenga de alguna pestaña o de un problema palpebral, o bien que se origine en la irritación de la superficie ocular. El lagrimeo constante y progresivo sugiere epífora, mientras que un lagrimeo más irregular obliga a tener en cuenta otras posibilidades diagnósticas.

Cuando se sospeche epífora, debe preguntarse específicamente por antecedentes que se asocien a dificultades mecánicas o funcionales del drenaje lagrimal: cirugía previa de la zona (rinoplastia y otras cirugías nasosinusales), antecedentes de fracturas nasales y periorbitarias, parálisis facial periférica y entidades que cursen con procesos cicatriciales de la zona (radioterapia local, sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, liquen plano, etc.).

Así mismo, conviene investigar determinados hallazgos exploratorios que ayudan a localizar el origen de la epífora. La inspección de los puntos lagrimales puede poner de manifiesto unos orificios diminutos de origen congénito o cicatricial. Una paresia facial periférica homolateral a la epífora justifica un fallo del mecanismo de bomba por incompetencia del orbicular. La laxitud del párpado inferior puede evertir el punto lagrimal y dificultar la recogida de la lágrima para su drenaje (figura 2). Un abultamiento sobre el saco lagrimal que, presionado con suavidad, refluye moco a través de los puntos lagrimales sugiere el diagnóstico de mucocele (figura 3). Si su superficie se presenta eritematosa e inflamada, y el paciente se queja de dolor local, probablemente se trate de una dacriocistitis aguda.

**Enfoque del paciente que llora: cuantificación de la epífora**

Por último, conviene objetivar de alguna forma la repercusión que la epífora supone para la calidad de vida del paciente, lo que orientará la necesidad o no de profundizar en los procesos diagnósticos o terapéuticos que convengan. Munk7 propuso una graduación de la epífora basada en la frecuencia con que el paciente debía secarse los ojos diariamente. Por desgracia, esta circunstancia resulta difícil de recordar para la mayoría de los pacientes, por lo que la clasificación de Munk resulta poco útil en AP. Sahlin propuso una escala sencilla que discrimina a aquellos pacientes que sufren una epífora intensa (los que lloran incluso a resguardo de la intemperie), y que requieren una exploración de la permeabilidad de la vía lagrimal, de los casos más leves, en los que la epífora se desencadena únicamente por la acción del viento8 (tabla 2).



**Propuesta de actuación**

Una posible propuesta de actuación se adjunta en la figura 4. La presencia o no de síntomas oculares sugiere el mecanismo del lagrimeo que se confirmará mediante una exploración dirigida. La posibilidad de emprender acciones diagnósticas adicionales en la epífora (derivación al segundo nivel) dependerá del grado de afectación del paciente medido mediante la escala de Sahlin.



**Tratamiento**

En los casos de lagrimeo reflejo, el tratamiento será etiológico. Cuando el drenaje lagrimal dificultoso se deba a una malposición palpebral, la posibilidad de corrección quirúrgica debe valorarse en el segundo nivel. Ante una epífora por una posible obstrucción mecánica adquirida que causa una molestia significativa, debe plantearse el sondaje de la vía lagrimal. En los casos más graves tan solo la cirugía es eficaz, recurriéndose entonces a distintas técnicas como la dacriocistorrinostomía o la dacrioplastia.

* 1. **MARCO LEGAL**

Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 Art 11, ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran de historias: revisión clínicas

* 1. **MARCO CONCEPTUAL**
* **EPIFORA:** El término epífora se utiliza en oftalmología para describir la existencia de lagrimeo continuo.Puede estar causada por excesiva producción de lágrimas por un estímulo externo que actúa como irritante, por ejemplo exposición al frío, ambientes contaminados, sustancias químicas, cuerpos extraños o úlceras en la córnea. También por procesos que causen inflamación de la superficie ocular, por ejemplo una conjuntivitis aguda.
1. **METODOLOGIA**

**TIPO DE INVESTIGACION:**

Estudio Transversal Descriptivo

**POBLACION Y MUESTRA:**

La población que vamos a utilizar para esta investigación, son todos los pacientes que acudieron a consulta de cirugía plástica ocular en la clínica oftalmológica Cartagena del mar en el periodo de enero del 2013 a enero del 2015 por presentar epifora.

**Tipo de muestra:**

Muestra aleatoria simple.

## TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

###

### FUENTE

Se obtendrán los datos a partir de las historias clínicas registradas de los pacientes que consultaron a Cirugía Plástica Ocular en la Clínica Oftalmológica de Cartagena.

### FASES

1. Tramitar permiso ante la COC para el acceso a las historias clínicas.
2. Realizar búsqueda de pacientes en la base de datos según los diagnósticos CIE10 H00 – H01.0 – H02.0- H02.1 – H02.2 – H04 – H06.0
3. Acceso al sistema para revisar la historia clínica de cada paciente seleccionado
4. Llenar la tabla de recolección de información.

## TECNICAS DE ANALSIS ESTADISTICO

Se realizara análisis descriptivo de las variables cualitativas por frecuencias absolutas y relativas, mientras que las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión según criterios de normalidad por prueba ShapiroWilk.

* 1. **HIPOTESIS Y SISTEMA DE VARIABLES**

**SISTEMA DE HIPOTESIS: “**al no tener datos exactos sobre la incidencia de los pacientes con epiforade la ciudad de Cartagena y sus zonas aledañas que llegaron a la clínica oftalmológica de Cartagena infiere en el conocimiento de las características sociodemograficas que rodea a dichos pacientes, pudiendo ser éstas unas determinantes en la presentación de las mismas”

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

| **Variable** | **Definición** | **Tipo** | **Categorías** | **Rango** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Edad** | Tiempo de vida en años de cada paciente teniendo en cuenta la fecha de nacimiento | Cuantitativa continua | No aplica | 10-49 |
| **Sexo** | Sexo de la persona | Cualitativa nominal categórica | 1-Masculino2- Femenino3- Indeterminado | 1-3 |
| **Escolaridad** | Grado escolar más alto alcanzado | Cualitativa ordinal | 1. Ninguno
2. Primaria completa
3. Primaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Técnico completa
7. Técnico incompleta
8. Universitario completa
9. Universitario incompleta
 | NA |
| **Procedencia** | Lugar de procedencia en el cual el paciente vive | Cualitativa nominal categórica | 1. Depende de los hallazgos en la HC
 | NA |
| **Estrato** | Nivel socioeconómico de la zona de residencia | Cualitativa ordinal | 1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
 | 1-5 |
| **Ocupación** | Actividad a la que se dedica | Cualitativa nominal categórica | 1. Depende de los hallazgos en la HC
 | NA |
| **Característica clínica** | Síntoma presentado por el paciente | Cualitativa nominal categórica | 1. Ardor ocular
2. Visión Borrosa
3. Secreción ocular
4. Prurito ocular
5. Dolor ocular
6. Inflamación ocular.
 | NA |
| **Lateralidad** | Describe si la presentación es bilateral o unilateral | Cualitativa nominal categórica | 1. Bilateral
2. Derecho
3. Izquierdo
 | NA |
| **Etiología** | Causa de la epifora en el paciente | Cualitativa nominal categórica | 1. CNL
2. Canalículos
3. Punto lagrimal
4. Saco lagrimal
5. Trauma
6. Malposicion palpebral
7. Congénito

Adquirido | NA |
| **Comorbilidades** | Patologías que padece el paciente que presenta la epifora. | Cualitativa nominal categórica | 1. DM
2. HTA
3. Glaucoma
4. Enf. Colágeno
5. Sinusitis
6. Enf. Neurológico
 | NA |
| **HTA** | Se refiere a si tiene el antecedente diagnóstico de hipertensión arterial | Cualitativa nominal categórica | 1. 0. No
2. 1. Si
 | 0-1 |

1. **PRESUPUESTO**

**PRESUPUESTO GLOBAL (en pesos $ colombianos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUBROS** | **FUENTES** | **Total** |
| **COC** | **US** |
| **Efectivo** | **Especie** | **Efectivo** | **Especie** |
| **PERSONAL** |  |  |  |  |  |
| **EQUIPOS** |  |  |  |  |  |
| **SOFTWARE** |  |  |  |  |  |
| **MATERIALES Y SUMINISTROS** |  |  |  |  | **$100.000** |
| **SALIDAS DE CAMPO** |  |  |  |  |  |
| **MATERIAL BIBLIOGRÁFICO** |  |  |  |  |  |
| **PUBLICACIONES Y REGISTROS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O INTELECTUAL** |  |  |  |  |  |
| **SERVICIOS TÉCNICOS** |  |  |  |  |  |
| **VIAJES** |  |  |  |  |  |
| **MANTENIMIENTO** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  | **$100.000** |

1. **ANALISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO**

Desde el momento en que iniciamos la realización del proyecto tratamos de enfocar los objetivos de tal forma que se pudieran conseguir y fueran fácilmente interpretados por toda la comunidad y que dejaran una enseñanza.

De las cosas que llamaron más la atención en el análisis es la edad de presentación de la patología, con una edad media 50 años, otra cosa es que no tiene distinción en ningún estrato social ya que esta característica juega un papel muy importante en la mayoría de enfermedades oculares.

Otro resultado que cabe destacar y que se analizó durante todo el proceso de estudio de las historias clínicas es que el sexo más afectado es el femenino y que están en su mayoría superan los 50 años de edad.

Hay algo que nos pareció muy particular dentro del análisis que se iba realizando mientras se realizaba el proyecto y es que toda la población estudiada la etiología más frecuente fue un daño en el punto lacrimal con más de un 90 % de los pacientes afectados.

Dentro del gran abanico de síntomas que se pueden presentar en esta patología hubo 2 que se presentaron en mayor proporción de los otros síntomas y fueron el ardor ocular y la visión borrosa.

Dentro del análisis que se realizó sobre las comorbilidades de estos pacientes fueron más frecuentes la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que bien sabemos que son enfermedades que tienen mucha repercusión a nivel ocular si de daño a largo plazo se habla.

1. **GRAFICAS**

**EDAD DE PACIENTES CON EPIFORA**

Tiempo de vida en años de cada paciente, teniendo en cuenta que se presento mayormente en pacientes de 61 a 70 años y cero casos de 11 a 30 años.

**SEXO DEPACIENTES CON EPIFORA**

La mayor cantidad de pacientes con epifora, fueron del sexo femenino con 81 casos.

**LATERALIDAD AFECTADA DE PACIENTES CON EPIFORA**

El lugar donde más se manifestó la enfermedad fue de ambos lados con una proporción de un 62% en ambos lados, 11% del lado izquierdo en una menor cantidad y 27% del lado derecho.

 **CARACTERISTICAS CLINICAS (SINTOMAS)**

La sintomatología con que se presento mayormente la enfermedad fue ardor ocular con un 72% y con igual proporción con un 14% dolor ocular y prurito

**ETIOLOGIA**

Causa de la epifora en el paciente.

**COMORBILIDADES**

Patologías que padece el paciente que presenta la epifora. Con un 45% en diabetes mellitus seguida de HTA y enfermedad neurológica y glaucoma con un 11% de los casos.

1. **CONCLUSIONES**

Para concluir nuestro proyecto de investigación es necesario mencionar que la patología no es muy frecuente en nuestro medio y que muy pocas veces es congénita por lo que nos lleva a pensar que quizá nuestro estilo de vida sumado a muchos otros factores de riesgo nos pueden llevar a padecer esta patología.

Como una de las conclusiones es la frecuencia de la patología en mujeres mayores de 50 años y que de estas mujeres muchas comparten como comorbilidad la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 que son patologías que como bien sabemos siempre si no son cuidadas de manera adecuada pueden tener mucha implicación a nivel ocular, además comparten como factor etiológico el daño en el punto lacrimal, otra cosa que podríamos destacar es que las mujeres de mayor son las que presentan más sintomatología pero la visión borrosa y el ardor ocular son los que más predominan, además nos llamó la atención que de todos los pacientes estudiados hay 3 niñas menores de 10 años y su síntoma principal es el la visión borrosa.

Cabe destacar que en general tanto en hombres como mujeres la etiología de nuestros pacientes radica en daños en el saco y punto lacrimal pero no se observó daños por trauma ni otra etiología.

La sintomatología de esta patología puede ser muy variada pero en este caso de los pacientes estudiados ambos sexos refieren sintomatología muy parecida como ardor ocular y visión borrosa pero incluso encontramos pacientes sin sintomatología y que su problema fue descubierto por exámenes de rutina.

Para concluir todo lo mencionado anteriormente debemos decir que es una patología que afecta mucho más al sexo femenino que al masculino y se presenta mucho más en pacientes adultos con comorbilidades que posiblemente pueden tener mucha relación con la aparición de la patología, además que es muy incómoda en los pacientes y suele enmascararse como otras patologías oculares por la clínica que esta presenta es por eso que se debe estudiar de manera cuidadosa y dar el mejor manejo.

1. **RECOMENDACIONES**

La mejor recomendación que podemos hacer nosotros como estudiantes hoy y en un futuro como médicos es siempre recalcar que la mejor manera de hacer buena medicina es con prevención, es así como podemos evitar que nuestros pacientes padezcan esta o cualquier enfermedad general.

Se deben realizar muchas charlas con fines académicos para enseñar a toda la comunidad acerca de esta patología, mostrándoles cómo son sus síntomas y qué hacer si los presentan.

Se debe hacer mucho énfasis en la población de niños y adultos mayores que es donde es más frecuente esta patología que cuando aparece interviene en la vida social y personal y puede en casos llegar a incapacitar a quien la padece.

En la mayoría de los casos es casi imposible la prevención, sin embargo tratar de manera correcta las infecciones que se presenten y la conjuntivitis, podría evitar que se tape o haya una obstrucción de los conductos lagrimales.

Al estar constantemente mojado y casi inundado el ojo se le da paso a infecciones con mayor facilidad, así mismo las lágrimas se pueden secar formando una capa gruesa que es necesario quitarla con un pañito mojado con agua tibia.

1. **BIBLIOGRAFIA**
2. Dalgleish R. Idiopathicacquired lacrimal drainageobstruction. Br J Ophthalmol. 1967;51:463-8.
3. Woog JJ. Theincidence of symptomaticacquired lacrimal outflowobstructionamongresidents of Olmsted County, Minnesota, 1976-2000 (an American OphthalmologicalSocietythesis). Trans Am Ophthalmol Soc. 2007;105:649-66.
4. MacEwen CJ, Young JDH. Epiphoraduringthefirstyear of life. Eye. 1991;5:596-600.
5. Lin PY, Cheng CY, Hsu WM, Tsai SY, Lin MW, Liu JH, Chou P. Associationbetweensyntoms and signs of dryeyeamonganelderlyChinesepopulation in Taiwan: theShihpaieyestudy. InvestOphthalmol Vis Sci. 2005;46:1593-8.
6. Trueba Castillo A, Latorre Saiz S. Exploración oftalmológica básica. AMF. 2006;2:490-5.
7. Guzek JP, Ching AS, Hoang TA, Dure-Smith P, Llaurado JG, Yau DC, et al. Clinical and radiologic lacrimal testing in patientswithepiphora. Ophthalmology. 1997;104:1875-81.
8. Munk PL, Lin DT, Morris DC. Epiphora: treatmentbymeans of dacryocystoplastywithballoondilation of thenasolacrimaldrainageapparatus. Radiology. 1990;177:687-90.
9. Sahlin S, Rose GE. Lacrimal drainagecapacity and symptomaticimprovementafterdacryocystorhinostomy in adultspresentingwithpatent lacrimal drainagesystems. Orbit. 2001 Sep;20(3):173-9.