

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. " José Aseff Yara "

Ciego DE Ávila

*Título: Aplicación de la Acupuntura en los pacientes
con diagnóstico de Ojo Seco.*

Autor: Dra. Maria Eneyda Mederos González.

- *Especialista de primer grado en MGI.*
- *Especialista de primer grado en
Oftalmología.*

Tutor: Dra. Ivonne Méndez Ortega.

- *Especialista de primer grado en MGI.*
- *Master en Medicina Bioenergética y
Natural.*

Asesor: Dr. Ermi Zamora García.

- *Especialista de primer grado en MGI.*
- *Especialista de primer grado en MNT.*
- *Master en Medicina Bioenergética y Natural.*

*Trabajo para optar por el título de Master en
Medicina Bioenergética y Natural.*

PENSAMIENTO

Lo fundamental es que seamos capaces de hacer cada día algo que perfeccione lo que hicimos el día anterior.

Che



DEDICATORIA

A mis padres, por los valores que me han inculcado en el difícil camino de la vida.

A mi pequeña, por regalarme su sonrisa cada mañana.

A mi esposo, por su ayuda incondicional.

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la acupuntura como método terapéutico en pacientes con Síndrome de Ojo Seco se realizó un estudio experimental en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Ojo Seco que asistieron a la Consulta de Oculoplastia del Hospital Provincial General Docente " Dr. Antonio Luaces Iraola " de Ciego de Ávila, en el período comprendido de septiembre del 2009 a agosto del 2010, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: los pacientes a los que se les aplicó la acupuntura (Grupo A) tuvieron una mejoría clínica mayor con relación a los del Grupo B, el Test de BUT y el Test de Schirmer disminuyeron su positividad en mayor porcentaje con el uso de la acupuntura y se obtuvieron pocas reacciones adversas y buena eficacia en el tratamiento.

ÍNDICE:

Introducción	1
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Diseño Metodológico	11
Análisis y Discusión de los Resultados	18
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Referencias Bibliográficas	28
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El ojo seco es la patología más frecuente que nos encontramos en la consulta de oftalmología. Se calcula que hasta un 30% de los pacientes que acuden a nuestro servicio lo hacen por este motivo, sobre todo personas mayores; sin embargo, se manifiesta con gravedad en una escasa proporción. Se define como una alteración de la película lagrimal por déficit o evaporación excesiva de la misma, que origina daños en la superficie ocular interpalpebral, asociándose a síntomas de malestar ocular (1, 2, 3).

Hace unos años, se relacionaba al ojo seco casi en forma exclusiva y directa con las manifestaciones oculares producidas por el Síndrome de Sjögren y los pacientes con sequedad ocular eran rápidamente encasillados en función a esa enfermedad. Actualmente observamos con atención que sólo un limitado porcentaje de los pacientes portadores de sequedad ocular presentan ese síndrome, y que la mayor proporción de los mismos carecen de sus características clínicas. Uno de los factores que ha incidido en esta discriminación ha sido el profundo y cada vez más preciso conocimiento que poseemos en nuestros días sobre las diferentes estructuras que forman parte de la superficie ocular (4).

El aparato lagrimal se ha creado para servir a la córnea, consta de tres partes: Un sistema de producción constituido por las tres clases de dacrioglándulas (acuoserosas, mucosas y lipídicas). Un sistema de trabajo conformado por la cuenca lagrimal (córnea, saco conjuntival y párpado). Un sistema de emunción compuesto por las vías lagrimales (canalículos, saco lagrimal y conducto lagrimonasal) (5).

La lágrima humana está formada por tres capas: la capa de mucina, que tapiza la córnea; la capa acuosa media, que proporciona hidratación y oxígeno, además de otros nutrientes importantes a la córnea; y por último, la capa lipídica externa, que previene la evaporación de la lágrima (3, 5).

La glándula lagrimal se encarga de producir la capa acuosa y está situada debajo del párpado, en la parte súperoexterna de la órbita. Existen además otras glándulas más pequeñas de igual localización que se encargan de secretar la capa lipídica y la de mucina. Con cada parpadeo la película lagrimal se distribuye por toda la superficie anterior del ojo, dirigiéndose el exceso hacia la parte interna, cerca de la nariz, en donde comienzan las vías lagrimales, que la conducen hacia las fosas nasales. Además de lubricar al ojo, las lágrimas se producen también como una respuesta refleja a estímulos, como traumatismos o emociones; sin embargo, la producción refleja no es suficiente para corregir un ojo seco. Por eso hay pacientes que refieren un lagrimeo constante, pero que a pesar de ello tienen problemas de sequedad ocular y las molestias derivadas de ello (5).

Distintas clasificaciones han sido propuestas para agrupar clínicamente al ojo seco, según su gravedad se puede clasificar en leve, moderada y grave. El ojo seco leve es aquel que presenta una semiología poco evidente, pudiéndose confundir el cuadro con otras alteraciones de la superficie ocular. El ojo seco moderado se caracteriza por presentar un cuadro semiológico mucho más claro y preciso, la sintomatología es bien manifiesta y el paciente la percibe como un factor de molestia que lo perturba casi a diario. El ojo seco grave se caracteriza por presentar una semiología marcada y evidente, que forma parte de la vida diaria de estos enfermos, siendo sumamente molesta y manifestada con una gran carga anímica de preocupación y sufrimiento, la marcada sintomatología que presentan estos pacientes logra perturbar sus vidas a tal punto que puede impedirles el normal desarrollo de sus capacidades (3-7).

Los síntomas que nos pueden ayudar a detectar un ojo seco son: picor, fatiga ocular, sensación de quemazón, ojo rojo, visión borrosa, que mejora con el parpadeo y lagrimeo excesivo. El aumento de las molestias suele ser al final del día o cuando el paciente realice actividades que resulten agotadoras para la visión, tales como: permanecer leyendo, viendo televisión o trabajando con un ordenador (1, 3).

Las causas de ojo seco son variadas y dependen de la capa de la película lagrimal que esté en déficit, así tenemos al ojo seco acuodeficiente, que se da cuando las glándulas lagrimales principal y accesorias segregan deficitariamente. En el caso de las mucodeficientes, a veces, la secreción mucosa es normal inicialmente, pero se altera secundariamente a otras modalidades de ojos secos, pues la escasez de mar lagrimal por déficit de producción o por exceso de evaporación conlleva a una hiperosmolaridad de la lágrima, que daña la superficie ocular. Cuando la capa lipídica es la que está afectada, entonces estamos en presencia del ojo seco lipodeficiente, su causa más frecuente es la enfermedad de las glándulas lípidas de los márgenes palpebrales. Hay ojos secos lipodeficientes con producción normal lípida, por ejemplo, en los pacientes con queratoconjuntivitis bacterianas (7-9).

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 nos relata, el examen físico y los test de diagnóstico específicos. El tratamiento consiste básicamente en administrar sustitutivos de las lágrimas naturales en colirio, con o sin conservantes. Cuando esto no es suficiente existen otras opciones, como la oclusión de los puntos lagrimales de forma temporal o definitiva, para evitar que la lágrima que produce el paciente se drene hacia las fosas nasales; o bien, utilizar sustancias que incrementen la producción de lágrima, denominadas secretagogos, como la pilocarpina oral. En los pacientes que tienen un ojo seco es fundamental la educación para cambiar los hábitos, como beber al menos un litro de agua diariamente, parpadear con frecuencia, sobre todo cuando se está viendo la televisión o trabajando de cerca y evitar los ambientes secos (1, 2, 6, 10, 11).

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, se considera que afecta a 4,8 millones de personas, según una investigación dirigida por especialistas del Brigham and Women's Hospital y que se publica en "American Journal of Ophthalmology". 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; es más frecuente en mujeres. Esta prevalencia ha

aumentado en los últimos años, debido al envejecimiento de la población, a un mayor uso de medicamentos y a un incremento de irritantes y alérgenos en el ambiente (12).

En nuestro municipio Ciego de Ávila se reporta que más del 50 % de los pacientes que asisten a consulta presentan Ojo Seco, prevaleciendo en el sexo femenino y en mayores de 60 años (13).

El tratamiento del ojo seco es con frecuencia poco satisfactorio en un 66% de los casos que asisten a nuestra consulta. La medicina busca la mejor medicación, mientras que los pacientes buscan tratamientos médicos alternativos que prometan mejores resultados (14).

Takeuchi realizó ensayos clínicos con tratamiento por acupuntura en la educación médica tradicional china (TCM) a pacientes que no respondían a ningún tipo de tratamiento con lágrimas artificiales, basada en la filosofía que conecta los síntomas con cinco elementos y ocho principios, sin análisis exacto de los problemas médicos. También había descripciones de los puntos de acupuntura desde el punto de vista occidental. TCM habla de una debilidad del yin hepático que se podría entender como una especie de debilidad con piel pálida y, por ejemplo, sequedad de mucosas como la conjuntiva y la garganta (sin que haya cambio en el hígado). No había estudios ni de los resultados tras acupuntura ni de los efectos adversos (15).

Existen desórdenes funcionales que pueden variar en función de la tensión: en momentos de estrés hay más síntomas, en momentos de relajación hay menos y esto conlleva un efecto positivo sobre la prueba de Schirmer, el tiempo de rotura lagrimal y el uso de lágrimas artificiales. Nepp y Wedrich plantearon que el efecto observado duraba hasta un año en los pacientes jóvenes, por lo que podemos utilizar la acupuntura como herramienta adicional para influir en la tensión psíquica y vegetativa de los pacientes con síntomas de ojo seco (14, 16).

En la literatura se encuentran muchos trabajos de anestesia acupuntural en las patologías oftalmológicas fundamentalmente catarata y glaucoma, pero no así con los trabajos que evalúan eficacia de este tratamiento en los pacientes con Síndrome de Ojo Seco (17-18).

El doctor Henrike Krenn informó en su estudio que el 65% de los pacientes obtuvieron buenos resultados con el uso de la acupuntura en el Síndrome de Ojo Seco, como método terapéutico coadyugante para el tratamiento de estos pacientes; Korea Institute of Oriental Medicine plantea que este método terapéutico es muy efectivo para mejorar los síntomas de Ojo Seco y el incremento de la secreción lagrimal (19-20).

El Síndrome de Ojo Seco con variedades de síntomas y signos se ha convertido en una enfermedad muy frecuente en nuestra consulta; en el mundo existen gran diversidad de medicamentos, en nuestro país contamos solo con Lagrimas Artificiales para su tratamiento médico las cuales son producidas con conservantes y producen efectos adversos en el 50 % de los pacientes sobre todo un incremento de síntomas como el ardor, lo cual ha producido inestabilidad en el tratamiento, por ello, nos sentimos motivados a la realización de este estudio para aplicar tratamiento acupuntural, constituyendo una opción mas de tratamiento y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Problema Científico: Alta incidencia de Síndrome de Ojo Seco con una sola opción de tratamiento terapéutico (Lagrimas Artificiales).

Hipótesis: Si aplicamos esquemas de tratamiento con Acupuntura a pacientes con diagnostico de Síndrome de Ojo Seco logramos mejorar los síntomas.

Novedad Científica: Uso de un método sencillo, de bajos recursos y de pocas reacciones adversas para lograr iguales resultados que con el uso de colirios.

OBJETIVOS

General:

- Evaluar la eficacia de la acupuntura como método terapéutico en pacientes con Síndrome de Ojo Seco.

Específico:

- Evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico y del tratamiento acupuntural antes y después en cuanto a:
 - Elementos clínicos
 - Test de tiempo de ruptura de la película lagrimal.
 - Test de Schirmer.
- Conocer las reacciones adversas y respuesta terapéutica.

MARCO TEÓRICO

Al referirnos a la historia del ojo seco surge de inmediato la palabra indoeuropea "dakru", la cual está formada por los prefijos udar y oku y cuyos significados serían agua y ojo, respectivamente. Resulta significativamente coincidente con otros términos, que en idioma mandarín, coreano e indonesio encierran el mismo significado: agua - ojo. Tomando en cuenta estas consideraciones, por lo que podríamos inferir que muchos años antes del nacimiento de Cristo, se hacía referencia a las lágrimas. Posteriormente, en el papiro egipcio de Ebers (1500 AC) y en trabajos de Hipócrates se hace referencia a cuadros oftalmológicos que incluidos en la denominación común de "oftalmía seca" constituirían los primeros indicios de esta enfermedad. Sucesivas descripciones de pacientes portadores de ojo seco se registran en diferentes siglos, pero estas son confusas, imprecisas y poco certeras. En 1808, M. de Wenzel publica su "Manual del oculista", trabajo en donde dedica un capítulo entero a la sequedad ocular (5, 21).

Desde la antigüedad y hasta hace muy poco tiempo se hablaba de ojo seco cuando la sequedad de la superficie ocular era macroscópicamente notoria. En el mundo grecolatino, tanto Galeno como Pablo de Egida describieron la convergencia de xeroftalmía con reuma. En los años 40, 50 y 60 del siglo pasado, para los oftalmólogos, el elemento más llamativo era la sequedad ocular, aplicado a los síndromes de Sjögren (5, 21).

Los signos de sequedad ocular han recibido diversas denominaciones, entre ellas: queratitis filamentosa (Leber, 1882), queratitis Sicca (Duke - Elder, 1930), Queratoconjuntivitis seca - Sjögren (1933) y ojo seco de Roeth (1950) (21).

En 1883, Fisher asoció queratopatía filamentosa con artritis deformante; en 1892, Mikulics detalló un cuadro de hinchazón simétrica y simultánea de las glándulas lagrimales y salivales; en 1893, Fraser presentó un caso de sequedad de nariz, ojos y boca; en 1925, Gougerot publicó la combinación sindrómica de sequedad ocular, bucal y vaginal; en 1927, Houwer comunicó 9 casos de queratitis filamentosa con artritis crónica; en 1930, Henrik Sjögren

señaló que la sequedad ocular concommitaba con la bucal; y más tarde, en 1933, posiblemente con artritis. Este síndrome de exocrinopatía múltiple, combinado o no con artritis reumatoide, comenzó a ser reconocido como síndrome de Sjögren (SS), Gougerot - Sjögren, Gougerot - Houwer-Sjögren o Mikulics - Sjögren, cuya frecuente asociación a ciertos antígenos HLA y su coexistencia con determinados autoanticuerpos se pusieron a relieve en la década de los 70 (5, 21).

En 1951, Rothman y colaboradores lo asociaron a linfoblastomas malignos; en 1977, Escande introdujo el término linfoexocrino para la sequedad ocular asociada a conectivopatías; en 1978, Frost Larsen propuso considerar como Síndrome de Sjögren primario (SS 1) cuando a las manifestaciones exocrinas típicas no se añade una artritis reumatoide u otra conectivopatía autoinmune. Y como Síndrome de Sjögren secundario (SS 2) cuando sí se añade. En 1984, Tala identificó dicho proceso como una exocrinopatía autoinmune, por la infiltración linfoidea de las glándulas de secreción externa (5,22).

A partir de ese momento histórico fueron numerosos los autores que se dedicaron a investigar el ojo seco, hecho que permitió que el conocimiento acerca de la sequedad ocular fuera cada vez más sólido y preciso. En la actualidad, ocupa un lugar de privilegio dentro de las investigaciones oftalmológicas y los intensos esfuerzos destinados al estudio de esta singular patología están orientados principalmente hacia dos grandes temas de interés: los aspectos relacionados a su fisiopatología y a su integración con las vitales estructuras que conforman la superficie ocular; así como el desarrollo de nuevas y más eficaces drogas. En este sentido, el futuro tendrá la última palabra (4).

La acupuntura del latín (Acus, puntura: punzar) es el nombre que se le ha dado, al proceso chino terapéutico Tshe-ziu, el cual consiste en la aplicación de agujas finas, en determinadas partes de la piel. La acupuntura, no es una técnica aislada, sino que forma parte de una terapia milenaria llamada Medicina Tradicional China (MTC) que se ha utilizado durante más de 2000 años en el tratamiento de diversas enfermedades, que incluye toda una serie de baterías y de métodos encaminados a mantener o recobrar la salud (23).

En la medicina tradicional china, el cuerpo es visto como un equilibrio delicado entre dos fuerzas opuestas e inseparables: el yin y el yang. El yin representa el principio frío, lento o pasivo, en tanto que el yang representa el principio caliente, excitado o activo. El desequilibrio entre estas dos fuerzas opuestas se asocia con un bloqueo en el flujo del Chi (fuerza vital o energía) y provoca diversas enfermedades. El Chi fluye a lo largo de vías conocidas como meridianos, que poseen puntos de acupuntura en el cuerpo humano que se conectan con ellos. La filosofía que sustenta la acupuntura sostiene que los trastornos relacionados con el flujo del Chi pueden prevenirse o tratarse mediante la estimulación de los puntos de acupuntura pertinentes de la superficie corporal. Los puntos se estimulan habitualmente mediante la inserción de agujas, sin embargo, a menudo se incluyen también bajo este término otras técnicas relacionadas como la estimulación manual (de acupresión, eléctrica o láser de los puntos de acupuntura) (24).

El proceso fisiológico o el mecanismo exacto de los efectos de la acupuntura están lejos de ser delineados con claridad. Se han realizado esfuerzos de investigación dirigidos a explicar cómo funciona la acupuntura dentro del marco del sistema occidental de la medicina. Se han propuesto diferentes mecanismos de acción (25)

En los estudios sobre acupuntura el mecanismo citado con mayor frecuencia, es aquel que plantea que la acupuntura estimula la liberación de neuroquímicos (generalmente opioides o serotonina endógenos). Otro mecanismo, que se ha propuesto específicamente para la analgesia, es la "teoría de la puerta de entrada" o de efectos segmentarios. Según la "teoría de la puerta de entrada", se cree que los impulsos sensitivos de la acupuntura bloquean o interfieren las señales de dolor nociceptivo a nivel de la columna vertebral. Además, varios estudios también informan sobre la posibilidad de que el sistema nervioso autónomo regule funciones corporales involuntarias; ejemplos de tales funciones incluyen la frecuencia cardíaca, la presión arterial, los síntomas vasomotores posmenopáusicos y la respiración. Al incorporar los resultados de los estudios sobre diferentes sistemas corporales afectados por la acupuntura, se propuso recientemente un modelo denominado eje Hipotálamo-hipófisis-

suprarrenal ampliado, este modelo formula la hipótesis de que el sistema nervioso central es esencial para procesar el efecto de la acupuntura, ya que regula el sistema nervioso autónomo, el sistema neuroinmune y la regulación hormonal. Parece probable que los diferentes mecanismos opuestos hasta el presente formen parte de una interacción elaborada de los diferentes sistemas del cuerpo (26).

Existen efectos oculares asociados con la acupuntura que se han estudiado en modelos animales y muestras pequeñas de sujetos. Algunos estudios informan sobre efectos potencialmente beneficiosos de reducción de la PIO, mejoría de la agudeza visual central, aumento del flujo sanguíneo ocular, preservación de las características normales de las ondas del electroretinograma multifocal (MFERG), alteración de la función visual evaluada mediante el potencial evocado visual (PEV) y aumento del factor de crecimiento del nervio retiniano (26, 27).

Durante las dos últimas décadas, la acupuntura ha aumentado su popularidad en los Estados Unidos y otros países occidentales. De acuerdo con la National Health Interview Survey realizada en 2002, se estimó que 8,2 millones de adultos en los Estados Unidos habían usado acupuntura y que 2,1 millones la habían usado en el año anterior (28).

Al ser la acupuntura un método inocuo, sencillo y con bajos costos, decidimos aplicarlo para el tratamiento de esta patología tan frecuente que es tratada con un sólo medicamento y al cual con frecuencia los pacientes hacen reacciones adversas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio experimental, con el objetivo de evaluar la eficacia de la acupuntura como método terapéutico en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Ojo Seco, que asistieron a la consulta de Oculoplastia del servicio de Oftalmología en el Hospital Provincial General Docente: “Dr. Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila, en el período comprendido de septiembre 2009 a agosto del 2010.

UNIVERSO Y TOMA DE MUESTRA

El universo estuvo representado por todos los pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Ojo Seco que asistieron a la consulta de Oculoplastia y que reunieron los criterios de inclusión. La muestra quedó constituida por 88 pacientes, de ellos 67 mujeres y 21 hombres, a todos los pacientes se les entregó una planilla informativa (Anexo 1).

La muestra quedó dividida en dos grupos de tratamiento, A y B, de 44 pacientes cada uno, a los cuales se les expuso las características del estudio, los tipos de tratamientos y las posibilidades terapéuticas, así como las ventajas, reacciones adversas y las posibilidades de abandono cuando quieran y por las razones que quieran sin que influya negativamente en su posterior tratamiento. Cada paciente, luego de conocer todas las características de la investigación, dio su consentimiento escrito para ser incluido en el estudio (Anexo 2) y se les confeccionó una historia clínica donde se reflejaron los datos obtenidos en el interrogatorio y examen físico necesario para el desarrollo del estudio (Anexo 3).

El interrogatorio tuvo en cuenta datos generales, el examen oftalmológico incluyó elementos clínicos con examen en lámpara de hendidura, prueba de Tiempo de Ruptura de la Película Lagrimal(BUT), para determinar la calidad de la lágrima y Prueba de Schirmer para valorar la cantidad de lágrima, los cuales son determinados por el médico.

Se recogieron otros datos como: tratamiento acupuntural utilizado, cumplimiento de las sesiones de tratamiento, evolución de las variables que constituyeron objetivo de nuestro trabajo (elementos clínicos, Prueba de BUT y de Schirmer), reacciones adversas y eficacia del tratamiento.

Al grupo A se le aplicó tratamiento farmacológico y tratamiento Acupuntural, en un solo ciclo de tratamiento de 10 días. Para el tratamiento con acupuntura se remitieron los pacientes a la clínica para el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional del municipio Ciego de Ávila, donde fue consultado y valorado por especialista en Medicina Bioenergética y Natural e impuesto tratamiento correspondiente.

En el tratamiento se emplearon agujas Huatu para acupuntura, de 0.25 mm de diámetro y 50 mm de longitud, las cuales se insertaron en los puntos de acupuntura seleccionados previa asepsia y antisepsia de la piel y de forma perpendicular a la superficie de la misma, y se mantuvieron insertadas por 20 min.

Una vez terminado el tratamiento se les pidió a los pacientes que permanecieran en la sala de espera del departamento de acupuntura por espacio de 15 min, para valorar posibles reacciones adversas así como su intensidad y tratamiento de las mismas.

Puntos de acupuntura utilizados:

- H3 (Taichung) Entre el primero y segundo hueso metatarsiano.
- Vb20 (Fengchi) Entre la protuberancia occipital y la apófisis mastoidea, entre el esternocleidomastoideo y el trapecio, dirigiendo la aguja hacia el ojo del lado contrario.
- V1 (Jingming) Se encuentra a 0,1 cun medial y superior al canto interno, cerca del borde orbital medial.
- V2 (Zanzhu) En la depresión próxima al extremo interno de la ceja, sobre el borde interno de la órbita.
- TR23 (Sizhakong) En el borde lateral de la órbita, en la punta lateral de la ceja.
- Ig11 (Quchi) Por fuera del pliegue del codo con el antebrazo flexionado.

- B4 (Gongsun) En la cara medial del pie, en una depresion en el borde anterior e inferior del primer hueso metatarsiano, en la union de la piel roja y blanca.
- B10 (Xuehai) A dos cun por encima del borde superior de la rotula, en el medio de la prominencia del músculo vastus medialis .

Al grupo B se le aplicó tratamiento medicamentoso con colirios y ungüentos oftálmicos según protocolo de la especialidad.

Tratamiento no Acupuntural:

1- Higiénico dietético:

- No orientar los ventiladores hacia la cara.
- Evitar ambientes con aire acondicionado.
- Uso de gafas normales o gafas herméticas.
- Uso de humidificadores ambientales.
- Evitar la polución ambiental.
- Masaje de los parpados.
- Evitar medicación local irritante.
- Dieta rica en ácidos grasos esenciales, omega 3 y 6.

2-Oftalmológico:

Local Sustitutivo:

-Lagrimas Artificiales 1 gota cada 4 horas. (Se administran instalándolas en el fondo de saco inferior).

-Ungüento Oftálmico:(uno de ellos), (Aplicar una pequeña tira del medicamento en el fórnix inferior, la cual se esparcirá con el parpadeo).

- Cloranfenicol aplicar por las noches.
- Tetraciclina aplicar por las noches (29).

Estos pacientes se evaluaron inmediatamente después de terminado el tratamiento y se les llenó una planilla de satisfacción (Anexo 4).

Criterios de inclusión:

- Pacientes a los que se les confirmó el diagnóstico de ojo seco.
- Pacientes que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Pacientes con 15 años o más.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras enfermedades oftalmológicas.
- Pacientes con Enfermedades Endocrino metabólicas descompensadas.
- Pacientes Epilépticos.
- Pacientes Embarazadas.
- Pacientes con enfermedades Dermatológicas.
- Pacientes con procesos oncoproliferativo.

Criterios de salida del estudio:

- Abandono voluntario del tratamiento.
- Ausencia de 2 ó mas sesiones de tratamiento de forma consecutiva.

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO.

Una vez incluidos los pacientes en la investigación, se procedió al llenado de la Planilla de Recolección del Dato Primario (Anexo 3), que fue elaborada por la autora, de acuerdo a los objetivos trazados, donde se recogieron los siguientes datos generales a cada paciente: síntomas referidos, resultados del examen oftalmológico, incluyendo biomicroscopía, pruebas de tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT) y de Schirmer,

Se realizó el interrogatorio al paciente basado en las técnicas de la entrevista médica, y una vez obtenido su consentimiento se procedió a la realización del examen físico oftalmológico, que incluyó:

Biomicroscopía: Se realizó el examen biomicroscópico utilizando una lámpara de hendidura modelo Carl Zeiss. Se examinó el estado de la superficie ocular (conjuntiva y córnea) y el menisco lagrimal, explorando signos físicos diagnósticos de ojo seco.

Test de tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT): Se instiló una gota de fluoresceína en fondo de saco conjuntival inferior y se le pidió al paciente que parpadeara 3 veces para que se distribuyera la lágrima y que luego dejara de parpadear. En ese instante, auxiliándonos de un ayudante, comenzamos a contar los segundos que demoró en aparecer áreas de soluciones de continuidad en la película lagrimal. Fue valorado como positivo, según criterios de la Asociación Americana de Oftalmología, los menores de 10 segundos y como negativo, el mayor o igual a 10 segundos (1-4).

Test de Schirmer I: Se realizó el test de Schirmer I, colocando un papel de filtro de 5 x 35 mm en el borde libre palpebral, en la unión del tercio externo con el tercio medio, con 5mm doblados hacia la porción interna del fondo de saco conjuntival inferior. Se le pidió al paciente que mantuviera los ojos abiertos y que parpadeara cuando le fuera necesario. A los 5 minutos retiramos el papel y medimos la cantidad de humedad, a partir del pliegue. Se consideró como positivo los valores menores a 10mm y como negativo, los mayores o iguales a 10 mm, de acuerdo a los criterios planteados por la Academia Americana de Oftalmología (1-4, 30).

Cada paciente fue valorado a los 10 días del tratamiento teniendo en cuenta los elementos clínicos y las pruebas diagnósticas. (Anexo 3)

A cada paciente se le realizó una encuesta final del tratamiento para evaluar su respuesta terapéutica, desde su punto de vista, de su enfermedad. (Anexo 4)

Operacionalización de las variables:

Síntomas: Se tuvieron en cuenta sensación de ojo seco, de cuerpo extraño,

visión borrosa, prurito y ardor ocular, ojo rojo intermitente y secreción viscosa.

Examen Biomicroscópico: Se exploraron los signos más frecuentes, incluyéndose: secreción mucosa blanquecina o filamentosa, inyección cilio - conjuntival, queratitis punctata y/o filamentosa. Además, fueron buscados signos de secuelas de ojo seco, tales como: simbléfaron, queratinización, leucoma corneal y neovascularización corneal (1-4).

Menisco lagrimal: fue valorado a simple vista y clasificado como:

- Normal
- Disminuido
- Ausente (5).

Tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT). Se dividió en:

- Menor de 10 segundos.
- Mayor o igual a 10 segundos.

Test de Schirmer I. Se dividió en:

- Menor de 10 mm
- Mayor o igual a 10 mm.

Se valoraron como reacciones adversas en el tratamiento con Acupuntura las siguientes:

- Hematoma del área de puntura: Aumento de volumen del punto acupuntural, con cambio de coloración.
- Dolor Local: Dolor a nivel del punto acupuntural.
- Empeoramiento de los síntomas: Cuando el cuadro clínico empeora ó cuando en cuatro sesiones de tratamiento no hay alivio de los síntomas.
- Lipotimias: Estado cuando el paciente siente vértigos y se acompaña de sudoración abundante.

Como reacciones adversas en el tratamiento farmacológico:

- Ardor: Cuando el paciente siente ardor al aplicarse el colirio de lagrimas artificiales.
- Enrojecimiento ocular: Una vez aplicado el colirio aparezca el enrojecimiento ocular.
- Edema Palpebral: Aumento e inflamación de los párpados luego del uso del colirio y acompañado de prurito.
- Empeoramiento de los síntomas: Cuando el cuadro clínico empeora ó cuando en cuatro sesiones de tratamiento no hay alivio de los síntomas.

Se consideró la respuesta terapéutica como:

- Satisfactoria: Ausencia de elementos clínicos (síntomas y examen biomicroscópico), Menisco lagrimal normal, Pruebas de Schiermer mayor ó igual a 10 mm y BUT mayor o igual a 10 segundos.
- No satisfactoria: Empeoramiento del cuadro, permanencia de los síntomas, Menisco Lagrimal ausente ó disminuido, Pruebas de Schiermer menor de 10 mm y BUT menor de 10 segundos y presencia de reacciones adversas que obliguen a abandonar el estudio.

Análisis de Datos:

Los datos recogidos en la planilla se codificaron manualmente y se procesaron en una microcomputadora, expresando sus resultados, así como la evaluación de los mismos en tablas y gráficos, con expresión de las frecuencias absolutas y relativas de las variables estudiadas, utilizando el porcentaje (%) como medida de resumen para las variables.

En la confección del informe final se utilizó un microcomputador PENTIUM III, que utiliza el programa Windows XP y se emplearon los programas Word y Excell de Microsoft Office 2003.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla # 1 Distribución de los pacientes con Síndrome de Ojo Seco según los síntomas mas frecuentes.

Elementos Clínicos Síntomas	GRUPO A				GRUPO B			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sensación ojo seco	21	47.7	7	15.9	23	52.2	13	29.5
Visión borrosa	7	15.9	3	6.8	11	25.0	6	13.6
Prurito ocular	15	34.0	5	11.3	13	29.5	6	13.6
Sensación de cuerpo extraño	26	59.0	9	20.4	26	59.0	11	25.0
Ardor ocular	18	40.9	5	11.3	16	36.3	8	18.1
Ojo rojo intermitente	16	36.3	3	6.8	15	34.0	4	9.0
Secreción viscosa	12	27.2	1	2.2	12	27.2	2	4.5

Fuente: Historia Clínica. N= 44 (Grupo A) N= 44 (Grupo B)

En la tabla número 1 vemos el cambio positivo de los síntomas en los pacientes con Síndrome de Ojo Seco después del tratamiento acupuntural con relación al tratamiento farmacológico, es evidente la disminución del porcentaje de los síntomas más frecuentes presentados, esto coincide con un estudio realizado en Korea Institute of Oriental Medicine y en Clínica de Medicina Tradicional China Carmela Delacovo (20, 31).

Tabla # 2 Distribución de los pacientes con Síndrome de Ojo Seco según los signos encontrados al examen biomicroscópico.

Elementos Clínicos	GRUPO A				GRUPO B			
	Antes		Después		Antes		Después	
Signos	No	%	No	%	No	%	No	%
Secreción blanquecina	4	9.0	0		2	4.5	1	2.2
Inyección conjuntival	17	38.6	3	6.8	15	34.0	5	11.3
Queratitis punctata	7	15.9	0		9	20.4	3	6.8
Queratitis filamentosa	1	2.2	0		2	4.5	0	
Neovascularización corneal	1	2.2	0		0		0	
Alteración del menisco lagrimal	38	86.3	17	38.6	38	86.3	19	43.1

Fuente: Historia Clínica N=44

En la distribución de los pacientes según examen biomicroscópico, se puede apreciar la mejoría de los signos clínicos en los pacientes a los cuales se les aplicó el tratamiento con acupuntura, haciéndose evidente la disminución de la inyección conjuntival y la desaparición del resto de los signos, resultados que coinciden con un estudio realizado en University Eye Hospital of Vienna y un artículo Publicado por Lalo Márquez donde abundan sobre la eficacia de este tratamiento, sin llegar a reportar porcentajes de los mismos (32, 33).

Tabla 3. Distribución de los casos según alteración del menisco lagrimal.

	GRUPO A				GRUPO B			
	Antes		Después		Antes		Después	
Menisco lagrimal	No	%	No	%	No	%	No	%
Disminuido	34	89.4	16	42.1	35	92.1	17	44.7
Ausente	4	10.5	1	2.6	3	7.8	2	5.2
Total	38	100	17	44.7	38	100	19	50.0

Fuente: Historia Clínica N=38

El menisco lagrimal como muestra esta tabla presentó una mejoría mayor con el uso de la acupuntura donde solo un 44.7% se mantuvo con alguna alteración de este signo clínico, no se encontró bibliografía que argumentara específicamente sobre este signo tan frecuente en los pacientes con Síndrome de Ojo Seco.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según resultados del test de BUT.

	GRUPO A				GRUPO B			
	Antes		Después		Antes		Después	
BUT	No	%	No	%	No	%	No	%
Positivo	29	65.9	13	29.5	27	61.4	17	38.6
Negativo	15	34.1	31	70.5	17	38.6	27	61.4
Total	44	100	44	100	44	100	44	100

Fuente: Historia Clínica N=44

El test de tiempo de ruptura de la película lagrimal demuestra la inestabilidad de la misma y es muy utilizado conjuntamente con el test de Schirmer como pruebas diagnósticas del ojo seco, en esta tabla se evidencia la distribución de los casos según los resultados de BUT y podemos observar que 31 de los 44 pacientes del grupo A presentaron un tiempo mayor de 10 segundos (70.5 %) después del tratamiento con acupuntura; no coincidiendo con un artículo publicado por Jeon JH, donde plantea que la mejoría en esta prueba diagnóstica no es significativa; no se encontró más bibliografía al respecto (34).

Tabla 5. Distribución de los casos según resultados del test de Schirmer.

	GRUPO A				GRUPO B			
	Antes		Después		Antes		Después	
Test de Schirmer	No	%	No	%	No	%	No	%
Positivo	33	75	7	15.9	35	79.5	15	34.1
Negativo	11	25	37	84.1	9	20.5	29	65.9
Total	44	100	44	100	44	100	44	100

Fuente: Historia Clínica N=44

La tabla 5 muestra los resultados del test de Schirmer I realizado a nuestros pacientes. Podemos apreciar que la positividad de la prueba disminuyó en ambos grupos siendo más evidente en el grupo A donde aplicamos la acupuntura (15.9%), correspondiendo con un artículo presentado Jeon JH y colaboradores que manifiestan la mejoría de la cantidad de lagrimeado luego de la acupuntura (34, 35).

Tabla # 6 Reacciones Adversas según tratamiento acupuntural y farmacológico.

Reacciones Adversas.		GRUPO A	
		No	%
Tratamiento Acupuntural.	Hematoma del área de puntura.	0	0
	Dolor Local.	0	0
	Lipotimias.	1	2.2
	Empeoramiento de los síntomas.	6	13.6
	Ninguna	37	84.1
	Total.	44	100
Tratamiento Farmacológico.	Ardor	11	25.0
	Enrojecimiento ocular	1	2.2
	Edema Palpebral	1	2.2
	Empeoramiento de los síntomas.	6	13.6
	Ninguna	23	52.2
	Total.	44	100

Fuente: Historia Clínica. N=44

La Tabla 6 muestra las reacciones adversas que tuvieron los pacientes al aplicar acupuntura donde solo un paciente presentó una Lipotimia durante una de las sesiones de tratamiento representando solo el 2.2% de reacciones así como empeoramiento de los síntomas en 6 de estos pacientes. La acupuntura es un método sencillo que origina muy pocas reacciones adversas, es aplicada por un personal entrenado al efecto (36).

Llevaban tratamiento con colirios donde se puede observar que 11 de estos pacientes presentaron ardor ocular y 23 no presentó ninguna reacción adversa para un 52.2%, lo cual nos demuestra que al aplicar acupuntura conjuntamente

con los colirios el índice de reacciones adversas de estos disminuyen también (37, 38).

Tabla # 7 Reacciones Adversas según tratamiento farmacológico.

Reacciones Adversas.	Grupo B	
	No	%
Ardor	26	59.0
Enrojecimiento ocular	7	15.9
Edema Palpebral	3	7.8
Empeoramiento de los síntomas	4	10.5
Ninguna	17	38.6

Fuente: Historia Clínica. N=44

En esta tabla se distribuyen las reacciones adversas que se presentaron en los pacientes con el tratamiento farmacológico, donde se demuestra la presencia de reacciones ante el uso de las lágrimas artificiales en la mayoría de los pacientes que la utilizan, así lo expone el doctor Murube, que plantea que se deben utilizar las lágrimas artificiales sin conservantes para ser mejor toleradas por los pacientes, esto conlleva al abandono por parte de los pacientes al uso de la misma y buscar alternativas para no llegar a empeorar las molestias oculares propias de este cuadro y de desarrollar complicaciones graves(37, 38).

Tabla # 8 Distribución de los pacientes según resultados de la evolución final.

Respuesta Terapéutica.	GRUPO A		GRUPO B	
	No	%	No	%
Satisfactoria.	31	70.5	18	40.9
No Satisfactoria.	13	29.5	26	59.0

Fuente: Historia Clínica N=44

Según el resultado de la evolución final vemos que el 70.5% de los pacientes en estudio con aplicación de acupuntura fue satisfactorio mientras que con tratamiento convencional fue de un 40.9%, existe escasa bibliografía con relación a la aplicación de la acupuntura en el Síndrome de Ojo Seco pero en la encontrada se hace evidente lo satisfactorio del método terapéutico, como lo expresa Kim TH, en su artículo que propone la aplicación de este método (31).

CONCLUSIONES

- Los pacientes a los que se les aplicó la acupuntura (Grupo A) tuvieron una mejoría clínica mayor con relación a los del Grupo B.
- El Test de BUT y el Test de Schirmer disminuyeron su positividad en mayor porcentaje con el uso de la acupuntura.
- Las reacciones adversas fueron mínimas con el uso de la acupuntura.
- Se obtuvo buena eficacia en el tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Potenciar el uso de la acupuntura para el tratamiento del ojo seco y otras enfermedades oftalmológicas.
- Capacitar al personal medico y paramédico.
- Motivar la investigación sobre el uso de la acupuntura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Galvez Tello JF, Renso MT, Andreu Yala F. Ojo seco. Inf Tet Sist Nac Salud.1998; 22(5):117-122.

2- Balado López AM, Caruso López JM. Ojo Seco. Guías Clínic [serie en Internet] 2004 [citado 14 Sep 2007]; 4(30): [aprox. 3pantallas].Disponible en: <http://www.fisterra.com/>.

3. Nieto Fernández JC. Métodos objetivos y subjetivos para el diagnóstico del ojo seco: diseño y valoración clínica de un cuestionario experimental. Gaceta Óptica [serie en Internet] 2006[citado 14 Jul 2007]; 16(136):[aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.facultadmedicina/dptoofthalmología/navarra.com>.

4- Aguilar A. Ojo Seco. Oftalmol[serie en Internet] 2007[citado 20 jul 2007];6(1):[aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.ofthalmologos.org.ar/sitios.html>.

5- Murube J. Ojo seco [Mesa redonda]. Granada: Sociedad Española de Oftalmología; 1997.

6-Balbona Brito R, Torres García D, Vázquez Negrín FS. Síndrome de ojo seco. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet] Jan_Jun 2005 [citada 24 Jul 2007]; 18(1): [aprox 3 pantallas].Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script>.

7--Murube J, Benitez del Castillo JM, Chenzhuo L, Berta A, Rolando M. Triple Clasificación de Madrid para el ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmo[Serie en Internet] 2003[citado 24 Jul 2007];78(11):[aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php/Ing_es.

8--Murube J. Ojo seco. Valencia:Tecnimedia;1997. p. 39-44.

9--Dry Eye Síndrome [monografía en Internet].Maryland:Nacional Women's Health Resource Center; 2002[citado 22 Jun 2007]. Disponible en: http://www.healthwomen.org/dry/eye_sindrome/2002/htm.

10--Síndrome de ojo seco [monografía en Internet]. 2005 [citada 30 Jul 2007].Disponible en:<http://www.iqb.es/institut/home.htm>.

11--Herrera M, Gómez C, Agramonte I, Falcón I. Tratamiento del ojo seco: sus opciones. Rev Cubana Oftalmol. 2002; 15(1): Disponible en <http://bvs.sld.cu>

12--Prevalencia de ojo seco en Estados Unidos. Am J Ophthalmol.2007; 143:409_415.

13-. 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 Méd Facul Cubana Octal[serie en Internet]. 2008[citado 22 jun 2010];2(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol2no2/vol2no2.php>

14- . Johannes Nepp MD. Acupuntura en el síndrome de ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol[serie en Internet]. 2005[citado 22 jun 2010];80(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en:http://hinarigw.who.int/whalecomscielo.isciii.es/whalecom0/scielo.php?script=sci_serial&pid=0365-6691&lng=en&nrm=iso.

15-- Francini S, Poletti J. Conjunctivitis. In: Francini S. Ophthalmologie en medecine traditionnelle chinoise et acupuncture. Paris: Maloine Ed; 1986; 121-125.

16- Nepp J, Derbolav A, Haslinger-Akramian J, Mudrich C,

Schauersberger J, Wedrich A. Effect of acupuncture in keratoconjunctivitis sicca. Klin Monatsbl Augenheilk 1999; 215: 228-232.

17-- Ibáñez Morales M, Rodríguez Romero A, Armas Pedroso G. Analgesia Quirúrgica Acupuntural con y sin premedicación en la cirugía de Glaucoma. Rev Medisan [serie en Internet]. 2007[citado 5 jun 2010]; 11(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/san/vol_11_2_07/acupuntura_1.htm.

18- Santana Pons JL. Aplicación de la Analgesia Quirúrgica Acupuntural en Oftalmología. Rev Medisan [serie en Internet]. 2007[citado 15 sep 2010]; 11(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/san/vol_11_2_07/acupuntura_2.htm

19-. By Jeon JH, Shin MS, Lee MS, Jeong SY, Kang KW, Kim YI, et al. Acupuncture reduces symptoms of dry eye syndrome: a preliminary observational study. J Altern Complement Med. 2010;16(12):291-4.

20- Henrike Krenn, Freddy Dahlgren. Innovación Acupuntura[página en Internet]. Medicina tradicional china, 2009[citado 22 jun 2010]. Disponible en: <http://www.Update-software.Com>.

21-Rolando M, Macri A. Low-tech detection of tear film related eye surface pathology, En: Murube J. Ojo seco. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 1997.p.117-22.

22- Rolando M. Use of a questionnaire for the diagnosis of the tear film related ocular surface disease. En: Sullivan D, editor. Lacrimal gland, tear film on dry eye syndromes. New York: Plenum Press; 1977.p.25-9.

23-Álvarez Díaz TA. Acupuntura Medicina Tradicional Asiática. Ed. Capitán San Luis. (Habana; 2001: 1 – 8.

24- Acupunturachina.com. Medicina Tradicional China [página en Internet]. 1997[citado 12 May 2010]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.acupunturachina.com/espaniol/espaniol.html>.

25- Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa. Acupuntura [página en Internet]. [Actualizado 7 May 2010; citado 12 may 2010]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/acupuncture.html>.

26- Wikipedia.org. Acupuntura [página en Internet]. [actualizada 3 Dic 2010; 14 Dic 2010]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Acupuntura>.

27- Ewert H, Swanitz R. Influencia de la Acupuntura sobre la presión ocular y el cumplimiento terapéutico de los pacientes con hipertensión ocular o glaucoma primario de ángulo abierto: Primeros resultados de un estudio prospectivo controlado de seguimiento a largo plazo. Rev Internac Acupuntura [serie en Internet]. 2008[citado jul 2010]; 2(4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.ocup.Rg/acupuntura/acupuntura/MAS.Htm>.

28- Zheng X; Zhang QC; Chen YM; Li H; Wang TF. Application of palpation in various acupuncture schools of the United States: current status and considerations. Zhongguo Zhen Jiu. 2010; 30(7):591-4.

29- Frank EM, Marcelino RT, Armando CC. Manual de Diagnostico y Tratamiento em Oftalmologia. La Habana: Editorial Ciências Medicas; 2009. Pp. 54-56.

30- Stern M, Beuerman R, Fox R, Gao J, Mirchef A, Pflugfelder S. The pathology of dry eye: the interaction between the ocular surface and lacrimal glands. Córnea. 1998; 17: 584-589.

31- Kim TH, Kang JW, Kim KH, Kang KW, Shin MS, Jung SY, et al. Acupuncture for dry eye: a multicentre randomised controlled trial with active comparison intervention (artificial tear drop) using a mixed method approach protocol. Trials. 2010;11(16):107.

32- Lalo M. Inventan Acupuntura. [página en Internet]. [Actualizado 11 May 2009; citado 12 may 2010]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:

http://www.lun.com/sociedad/Salud/detalle_noticia.asp?cuerpo=701&seccion=800&subseccion=901&idnoticia=C383928641802778

33- Johannes Nepp AW. Conjunctivitis Sicca: a comparison of traditional Chinese and Western medical symptoms. *Acupunct Med.* 1994;12:88-92.

34- By Jeon JH, Shin MS, Lee MS, Jeong SY, Kang KW, Kim YI, et al. Acupuncture reduces symptoms of dry eye syndrome: a preliminary observational study. *J Altern Complement Med.* 2010;16(12):291-4.

35- Shin MS, Kim JI, Lee MS, Kim KH, Choi JY, Kang KW, et al. Acupuncture for treating dry eye: a randomized placebo-controlled trial. *Acta Ophthalmologica.* 2010;88 (8):328-33.

36- Chapman CR, et al. Acupuntura. Conpo sed Urith Nitrons Oxide por dental Analgesic: A Sensory decisions Theory evaluation anesthesiology 42, 2005.532-537 pp.

37- Congreso en torno al síndrome de ojo seco [Página en Internet]. 2007 [citado 22 Jul 2007]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.genciencia.com/2007/03/14-sindrome-de-los-ojos-secos>.

38-Moss L. Factores negativos para el desarrollo del ojo seco [Página en Internet].Argentina: Hearlignews; 2006[citado 22 Jul 2007] [aprox. 4 pantalla]. Disponible en: <http://www.alcon.com/ar/aj/terms.jhtml>.

ANEXO 1

Planilla Informativa:

Usted es portador de Síndrome de Ojo Seco, tiene varias opciones de tratamiento, medicamentos y antes de llegar a la cirugía puede contar con un método alternativo que es la Acupuntura.

Características del tratamiento:

Se realizará tratamiento acupuntural en un solo ciclo de 10 días, máximo de duración, las agujas se insertarán en los puntos de acupuntura seleccionados. La acupuntura tiene como ventaja que es un proceso habitualmente inocuo, libre de efectos secundarios importantes y que produce por lo regular alivio, mejoría o curación de muchos problemas de salud.

Este tratamiento puede tener algunas reacciones adversas como: dolor local, lipotimias, hematomas locales en las áreas de puntos.

Los pacientes tienen la posibilidad de abandonar el tratamiento cuando quieran sin que esto afecte su posterior tratamiento ni sus relaciones con el médico de la institución.

Anexo 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, me encuentro en la entera disposición de participar en el desarrollo de un estudio que me servirá para mejorar mis conocimientos sobre la enfermedad que estoy padeciendo. Toda la información que brindaré será de carácter confidencial y será únicamente utilizada para dar fin a esta investigación, además tendré la posibilidad de retirarme del estudio si así lo estimo conveniente sin que de ello se pueda desprender alguna medida represiva contra mi persona.

Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ del año 200__.

Firma del Paciente

Firma del Médico

Anexo 3

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Color de la piel: _____

APP: _____

APF: _____

Sesiones de tratamiento:

1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

-Tratamiento Acupuntural:

- H3 Vb20 V1 V2 TR23 Ig11 B4 B10

-Síntomas:

<u>Antes del Tratamiento:</u>	<u>Después del Tratamiento</u>
Sensación de ojo seco _____	_____
Visión borrosa _____	_____
Prurito ocular _____	_____
Sensación de cuerpo extraño _____	_____
Ojo rojo intermitente _____	_____
Secreción viscosa _____	_____
Ardor ocular _____	_____

- Examen en lámpara de hendidura:

<u>Antes del Tratamiento</u>	<u>Después del Tratamiento:</u>
Secreción mucosa blanquecina o filamentos _____	_____
Inyección conjuntival _____	_____
Queratitis punctata _____	_____
Queratitis filamentosa _____	_____
Neovascularización corneal _____	_____
Metaplasia escamosa _____	_____
Simbléfaron _____	_____

Leucoma _____

- Test de tiempo de ruptura lagrimal.

Antes del Tratamiento

Después del Tratamiento:

Positivo _____

Negativo _____

- Test de Schirmer:

Antes del Tratamiento

Después del Tratamiento:

Positivo _____

Negativo _____

Reacciones adversa en tratamiento acupuntural:

- Dolor local _____
- Hematoma local. _____
- Lipotimias. _____
- Empeoramiento de los síntomas. _____

Reacciones adversa en tratamiento farmacológico:

- Ardor _____
- Enrojecimiento ocular _____
- Edema palpebral _____
- Empeoramiento de los síntomas _____

Anexo 4

Planilla de satisfacción:

1. Está satisfecho con el tratamiento aplicado.

Sí ----- No -----

1. Resolvió el cuadro por el cual acudió al médico.

Sí ----- No -----

3. En caso de repetirse la patología o padecer de otra enfermedad volverá a usar Medicina Natural y Tradicional.

Sí ----- No -----