



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OPTOMETRÍA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo
previo a la Obtención del Grado Académico de
Licenciada en Optometría**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**PACIENTE FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD CON
PSEUDOMIOPIA Y XEROFTALMIA**

AUTORA:

LINDA GERALDINE ROSADO CADENA

TUTORA:

LCDA. JANETH CRUZ VILLEGAS

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR 2022

DEDICATORIA

Le dedico mi primer logro a mis padres ya que han sido una ayuda indispensable en mi vida y su correcto ejemplo a seguir, le dedico a Dios que siempre me brindo, amor, sabiduría y paciencia para no fallar también le dedico a mi tutora que me brindo su apoyo en todo momento.

LINDA GERALDINE ROSADO CADENA

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme brindado salud en el transcurso de mi carrera profesional, y me siento muy agradecida con mi madre que con su buen ejemplo, amor y sus enseñanzas a pesar de que no esté conmigo aprendí de ella su esfuerzo y valor para salir adelante, también le agradezco mucho a mi padre que estuvo conmigo cuando más lo necesite y a mi familia que siempre estuvo pendiente mí.

LINDA GERALDINE ROSADO CADENA

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
TEMA:	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1. Justificación	16
1.2. Objetivos.....	17
1.3. Datos Generales	17
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	18
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	19
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	20
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	20
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	21

2.6.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	21
2.7.	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
2.8.	Seguimiento.....	22
2.9.	Observaciones.....	24
CONCLUSIONES		25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		26
ANEXOS.....		28

INDICE DE FOTOS

Foto 1: Examen objetivo con autorefractometro.....	28
Foto 2: Refracción subjetiva con caja de prueba	28
Foto 3: Utilización de autorefractometro.....	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Examen optométrico	20
-----------------------------------	----

TEMA:

**PACIENTE FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD CON
PSEUDOMIOPIA Y XEROFTALMIA**

RESUMEN

La Pseudomiopía, indica el estado en que se produce un aumento del poder refractivo por la contracción del cuerpo ciliar, esta es una forma reversible de miopía, sabiendo esto el actual trabajo se justifica debido a que esta enfermedad es tratada como un tema de salud mundial, será claro el interés de diferentes organizaciones, lo que nos abrirá la puerta para implementar tratamientos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes que tienen los problemas de visión antes mencionado, el objetivo principal es Describir el cuadro clínico de Pseudomiopía y xeroftalmia y su epidemiología en paciente femenino de 23 años, este caso clínico es acerca de un paciente de 23 años que acude al médico porque tiene problemas de visión y por ende de aprendizaje, para llegar a su diagnóstico se le realizó un cuestionario muy extenso sobre su historia médica, ocular y los síntomas, con lo antes mencionado se realizó el análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar, luego se realizo el seguimiento del paciente que debido al problema de acomodación del paciente, el paciente decidió un tratamiento basado en la terapia visual por un período de 10 semanas con el objetivo de cambiar los hábitos de higiene visual, eliminar los síntomas, normalizar los síntomas, el valor de la acomodación e integrarlos en las vergencias. y movimientos oculares, concluyendo que el tratamiento adecuado en los pacientes con Pseudomiopía Y xeroftalmia para su recuperación es el uso de retinol, el uso de la hidratación de superficie ocular con lágrimas artificiales, esto complementado con la terapia visual.

Palabras claves: Pseudomiopía, Xeroftalmia, Ocular, Terapia visual, Retinol

ABSTRACT

Pseudomyopia indicates the state in which an increase in refractive power is produced by the contraction of the ciliary body. This is a reversible form of myopia. Knowing this, the current work is justified because this disease is treated as a global health issue. , the interest of different organizations will be clear, which will open the door for us to implement treatments that improve the quality of life of our patients who have the aforementioned vision problems, the main objective is to describe the clinical picture of Pseudomyopia and xerophthalmia and its epidemiology in a 23-year-old female patient, this clinical case is about a 23-year-old patient who goes to the doctor because she has vision problems and therefore learning problems, to reach her diagnosis she was given a very extensive questionnaire about her medical history , ocular and symptoms, with the aforementioned, the analysis and description of the behaviors that determine the origin of the problem was carried out and the procedures to be performed, then the patient was followed up due to the patient's accommodation problem, the patient decided on a treatment based on visual therapy for a period of 10 weeks with the aim of changing visual hygiene habits, eliminate the symptoms, normalize the symptoms, the value of accommodation and integrate them into the vergences. and ocular movements, concluding that the adequate treatment in patients with Pseudomyopia and xerophthalmia for their recovery is the use of retinol, the use of ocular surface hydration with artificial tears, this complemented with visual therapy.

Keywords: Pseudomyopia, Xerophthalmia, Ocular, Visual therapy, Retinol

INTRODUCCIÓN

En este trabajo investigativo presentamos un resumen de los síntomas, signos y tratamiento más característicos en casos de exceso de acomodación. Se manifiesta principalmente por la mejora de la visión lejana con lentes negativas, aunque no se consigue la visión unitaria porque estimulan la acomodación.

Cabe señalar, por supuesto, que la miopía artificial está provocada por un exceso de acomodación (AE) y esto se debe generalmente a malos hábitos visuales o sobreesfuerzo hacia la visión cercana. Esto es muy común entre los estudiantes universitarios, ya que pasan muchas horas realizando actividades íntimas que demuestran su capacidad de relajación.

Los síntomas y el tratamiento de la sobrecarga serán rápidos al principio, se manifestará como un síntoma de visión de cerca, que aparecerá después de realizar actividades de corta distancia durante mucho tiempo. Y esto podría ser, Astenopia, dolor de cabeza, regulación periódica remota, a veces visión doble a lo lejos. Para tratar cualquier anomalía binocular la corrección óptica del astigmatismo con astigmatismo distal (refractivo) o cercano (adicional) es el método más común, prescripción de los prismas necesarios para aliviar los síntomas, o terapia visual de fuerza.

Por lo tanto, la miopía se diagnosticó solo en la antigüedad cuando la superficie del ojo seco era visible. En la época de Hipócrates, el término xeroftalmía (del griego, enfermedad del ojo seco) se aplicaba únicamente a las

personas con sequedad absoluta de la superficie del ojo acompañada de ceguera corneal.

I. MARCO TEÓRICO

Pseudomiopía. -

Indica el estado en que se produce un aumento del poder refractivo por la contracción del cuerpo ciliar, esta es una forma reversible de miopía. La miopía aparente se puede eliminar con la instalación de un ciclómetro induciendo la relajación de la acomodación, lo que permite medirla clínicamente. (Acosta I., 2017)

Pseudomiopía o Falsa miopía por exceso acomodativo. -

De todos es sabido que la miopía artificial se produce por exceso de acomodación (AE) y esto se debe a malos hábitos visuales o exceso de trabajo para la visión de cerca. Suele ocurrir en pacientes que pasan muchas horas realizando actividades muy unidas (uso constante de sobreconvergencia en la capacidad), presentando incapacidad para relajar la acomodación. (Montero M., 2017)

Estos pacientes experimentarán síntomas después de realizar actividades de corta distancia durante mucho tiempo. Y puede ser: ambliopía, dolor de cabeza, visión borrosa periódica a largas distancias, a veces visión doble a largas distancias, dificultad para ir de cerca a lejos, y de corta distancia de trabajo.

Durante la prueba de visión encontraremos valores reducidos de las pruebas que miden la relajación de la acomodación. Las señales que obtendremos serán:

- La visión a distancia disminuirá y puede cambiar.
- El rango de acomodación será más grande de lo normal para su edad, en al menos dos dioptrías. (Este es el signo más característico)
- Cuando realizamos la retinoscopia proximal, encontramos un cable adaptativo (LEAD), por lo que no aceptaba positivos proximales.
- Con aletas, es difícil ver claramente la lente positiva en monocular y binocular.
- La acomodación relativa negativa será inferior a 2,50 dioptrías y será menor que la acomodación relativa positiva, que estará dentro de la norma (> 3,00)
- El próximo punto de convergencia será tan pequeño que puede tocar la nariz.
- Puede estar asociado con una anomalía subyacente, en cuyo caso se manifestará intracelular o extracelularmente a distancias cortas. Si la redundancia de acomodación es el problema principal, el paciente se adaptará al estímulo, lo que provocará una convergencia excesiva y endofórica proximal.

Si la disfunción primaria es la insuficiencia de convergencia (IC), la sobre acomodación es secundaria. Muchos pacientes con microchip utilizan la convergencia adaptativa para complementar combinaciones activas inadecuadas. Cuando la morada del ojo permanece activa mientras intentamos enfocar objetos

lejanos, tenemos exceso de energía y mala visión y cuando volvemos a la visión cercana, volvemos a ver con claridad. (Pilozo A., 2020)

Es exactamente lo que sucede con la miopía. Los ojos miopes también tienen un exceso de energía (por otras razones) y, por lo tanto, la sobrecapacidad se puede confundir con la "Pseudomiopía". (Pereira A., 2019)

Entonces, ¿la miopía y la sobreestimulación tienen los mismos síntomas? La respuesta es sí, pero son cosas completamente diferentes. La miopía es un problema anatómico del ojo que puede deberse a que el ojo es demasiado largo, la córnea está demasiado curvada u otras razones relacionadas con la anatomía del ojo. Por ello, la corrección de la miopía a este nivel es tan compleja que requiere una modificación anatómica (por ejemplo, una cirugía de miopía).

Sin embargo, la redundancia de capacidad es un problema funcional. Anatómicamente el ojo puede ser preciso y lo que pasa es que el mecanismo de corrección funciona cuando no debe y es mucho más sencillo corregirlo.

Esto, en primer lugar, no es fácil. Los refractómetros utilizados para obtener la resolución del cristalino objetivo del paciente indican la potencia del ojo, pero no distinguen qué elemento del ojo corrige esta potencia y si una lente correctora de miopía corrige el exceso de potencia del ojo, también regula la capacidad residual que está sufriendo de demasiada acomodación. Por si fuera poco, la sobrecapacidad aparece con mayor frecuencia en pacientes miopes.

Así que tenemos un síntoma idéntico, los refractómetros registran la potencia negativa en ambos casos, su corrección con lente es la misma y la redundancia se da sobre todo en miopes "verdaderos", por lo que los dos defectos se asocian a la misma persona. ¿Cómo lo distinguimos?

Se puede sospechar un exceso acomodativo cuando la miopía está demasiado avanzada. Hay una miopía progresiva a lo largo de la vida del paciente, pero este proceso se estabiliza a partir de los 20 años y lo realmente extraño es la disminución paulatina de la miopía. El exceso de acomodación se ha relacionado con la hiperactividad en la visión de cerca. Podemos decir que algo parecido a la contracción muscular se produce por un sobreesfuerzo. (Aguilar D., 2019)

Por lo tanto, una variación significativa en la miopía fuera de la niñez o la adolescencia combinada con las circunstancias laborales en términos de visión cercana excesiva puede despertar sospechas. El diagnóstico definitivo se realiza mediante colirios que paralizan temporalmente el músculo responsable de la acomodación (midriasis). Con esto nos aseguramos que el ojo no es capaz de acomodarse, por lo que, si la miopía inicial que aparecía desaparece bajo el efecto de estos colirios, tendremos que enfrentarnos a la redundancia por exceso de acomodación. (Melendez R., 2021)

El tratamiento específico en caso de Exceso Acomodativo será:

- Prescribir refracción en caso de hipermetropía leve o astigmatismo o pequeña diferencia de miopía entre los ojos.

- Para la miopía no lo recetaremos como lo sería normalmente la miopía
- Terapias complementarias y de imagen.

Los ciclopléjicos también se usan para interrumpir los espasmos, incluidas la tropicamida y la atropina, aunque rara vez se usan, excepto en los casos más resistentes. También es importante instruir a los pacientes y sus familias para que creen un ambiente más cómodo y eviten las situaciones de terapia visual

Entrenamiento de las vergencias

Reglas de apertura:

Hay dos tipos de reglas de apertura: con una apertura para provocar la convergencia de la aleación o con dos orificios para provocar la divergencia de la fusión. También se pueden usar aletas prismáticas o prismáticas separadas.

Anaglifos y vectogramas

Para el entrenamiento de convergencia, los caracteres analógicos y los vectogramas requieren el uso de lentes o polarizadores rojos/verdes, lo cual es muy útil. Con estos ejercicios, se muestra una imagen en cada ojo para que puedan moverse, aumentando el rango de convergencia o divergencia necesario para fusionarlos y mantener una sola imagen. (Carrillo S., 2018)

Entrenamiento de la convergencia

Punteros

Para el entrenamiento de convergencia, es útil hacer ejercicios de aproximación (nearconvergence), que se pueden hacer con diferentes punteros adaptativos (con números) o sin (puntos de destello) y otros dispositivos como el Marsden Ball.

Tarjetas salvavidas. -

Son tarjetas con una serie de círculos basadas en el uso de la diplopía fisiológica para entrenar la convergencia y cuando se generan en un soporte transparente también permiten entrenar la divergencia, pero con peores resultados

Entrenamiento de la acomodación

Se encuentran disponibles diversos materiales para la capacitación en acomodación, de los cuales los más destacados son el uso de lentes móviles, flippers y cartas o tablas de acomodación.

Lentes sueltas y flippers

Las lentes oftálmicas permiten entrenar solamente la acomodación, relajándolas con lentes convexas y estimulándola con lentes cóncavas, al realizar los ejercicios monocularmente. Por su parte los flippers, al realizar los ejercicios de manera binocular van a precisar el uso de las vergencias fusiónales por lo que se entrenarán la acomodación y las vergencias, en algunos casos es recomendable utilizar un filtro antisupresión (rojo/verde, por ejemplo). (Puell M., 2020)

Tarjetas y tablas acomodativas de Hart

Son tarjetas con letras, diseños o símbolos colocados lejos y cerca. El paciente debe enfocarse alternativamente en las tarjetas distal y proximal. Entrenamiento de flexibilidad.

Gotas cicloplégicas o diagnósticas

Tropicamida (Mydriacyl). - Es un fármaco anticolinérgico que bloquea las respuestas del esfínter del iris y las compatibilidades ciliares a la estimulación con acetilcolina.

Mecanismo de acción

Es un fármaco anticolinérgico que bloquea las respuestas del esfínter del iris y las compatibilidades ciliares a la estimulación con acetilcolina. solución al 0,5% dilata la pupila (midriasis); La solución al 1% provoca parálisis de la acomodación (dolor corporal), así como dilatación de las pupilas.

La tropicamida Es un fármaco anticolinérgico utilizado en oftalmología como mediador relajante muscular. Esto quiere decir que es un fármaco parasimpático que provoca midriasis (midriasis) y dolor convulsivo (blefaroespasmos). La tropicamida se usa antes de un examen de fondo de ojo y, a veces, después de una cirugía ocular. Las gotas cicloplégicas también se utilizan en el tratamiento de la uveítis anterior para reducir el riesgo de formación de ganglios e inflamación en la cámara anterior del ojo. (Rodríguez M., 2018)

Los efectos de la tropicamida duran de cuatro a seis horas. Puede utilizarse en combinación con fármacos simpaticomiméticos que estimulan directamente el músculo dilatador del iris, aumentando su acción dilatadora sobre la pupila.

Efectos colaterales

La tropicamida provoca un ligero aumento transitorio de la presión intraocular en la mayoría de las personas que la utilizan. También puede causar enrojecimiento de los ojos, conjuntivitis y cambios en la visión poco después de tomar el medicamento. Por lo tanto, no debe conducir hasta que se restablezca la visión normal.

Indicaciones

Provoca dilatación pupilar y mialgias en las pruebas diagnósticas. Cuando se necesitan hipotónicos de acción corta para ciertas condiciones antes y después de la cirugía.

Contraindicaciones. -

- Hipersensibilidad al fármaco.
- Glaucoma en ángulo estrecho.

Precauciones

Durante el embarazo sólo debe utilizarse cuando se considere imprescindible. Usar con precaución en glaucoma de ángulo estrecho, pacientes geriátricos y ojos inflamados. No exceda la dosis recomendada. La relación beneficio/riesgo debe evaluarse en los siguientes casos: lesión cerebral traumática en niños, síndrome de Down, parálisis espástica en niños. (Aguilar M, 2020)

Para evitar una absorción sistémica excesiva, los pacientes deben presionar los dedos contra el saco lagrimal durante la aplicación y durante 1 a 2 minutos después, la droga causa visión borrosa y aumenta la sensibilidad del ojo a la luz, no conduzca hasta que pueda ver con claridad.

Use gafas de sol para proteger sus ojos de la luz solar y otros reflejos; Consulte a su médico si estos efectos persisten por más de 2 horas después de suspender el medicamento.

Reacciones adversas

- A la dosis recomendada, los efectos secundarios son de carácter local. Solo en casos excepcionales se producen efectos anticolinérgicos sistémicos.
- Local: irritación ocular transitoria tras la aplicación, visión borrosa, enrojecimiento, glaucoma leve, deslumbramiento, fotofobia, edema palpebral.
- Sistema nervioso central: raramente, somnolencia, sedación, alteraciones del comportamiento, psicosis, dolor de cabeza, alucinaciones (generalmente en niños).
- Cardiovascular: Rara vez, taquicardia.
- Gastrointestinales: rara, boca seca.
- Piel: rara excepción erupción.

Posología

Adultos. - Para la refracción: Instile 1 gota de solución al 1% en el(los) ojo(s), repita cada 5 minutos. Si el paciente no regresa dentro de 20 a 30 minutos, agregue 1 gota para prolongar las venas varicosas. Para probar el sustrato:

aplicar 1 o 2 gotas de 0,5 o 20 minutos antes de la prueba. Los pacientes con pigmentación del iris pueden requerir dosis más altas

Phenylephrine Tropicamide (Photoretin)

Asociación de dos fármacos que estimulan la biosíntesis (fenilefrina, alfa-simpaticomimético, y tropicamida, anticolinérgico).

Indicaciones de tratamiento

Realizar dilatación pupilar antes de la cirugía, o para uso diagnóstico (cuando la monoterapia no es suficiente).

La xeroftalmía

Se localiza en el epitelio transparente de la conjuntiva y la córnea, especialmente en las partes expuestas, que son las únicas estructuras epidérmicas vivas no queratinizadas, en contacto directo, aunque intermitente, abierto a la atmósfera. En ningún mamífero, excepto en los humanos, se exponen porciones tan grandes de la conjuntiva cuando se abren los ojos. (Balbona R., 2018)

En general, la xeroftalmía es un fenómeno muy delicado; Pocas veces podemos saber por qué un niño la tiene y su pareja no. Las tasas de ataque variaron entre las preposiciones mucho antes de que se desarrollaran las

características sexuales secundarias. Otra característica es la velocidad de recuperación cuando se reponen las reservas de vitamina A del cuerpo.

Quizás lo más llamativo de esta imagen es la simetría de las lesiones en un par de ojos determinado. Debido a que la pigmentación de la piel está asociada con esta imagen, las ligeras diferencias en la apariencia entre sujetos de diferentes orígenes étnicos pueden ser más difíciles de sacar conclusiones.

A pesar de varias contribuciones destacadas durante la última década, la patología clínica de la xeroftalmía sigue siendo insatisfactoria. Hasta la fecha, nunca se ha prestado especial atención a las variaciones aleatorias de enzimas de origen genético en campos muy desarrollados. (Baviera C., 2020)

Consecuencias de la xerosis

La característica esencial de la xeroftalmía y de la hipovitaminosis A en el hombre es la xerosis. Las células normales de la conjuntiva, cúbicas o poliédricas, se aplanan al mismo tiempo que se queratinizan y esto es un proceso primario o secundario.

Unos pocos trabajos confiables han enfatizado consistentemente la desaparición de las células de la mucosa y la lesión primaria como la transición al epitelio dérmico, ya sea por alteración metabólica de estas células o por pérdida de las células de la función de las glándulas mucosas en el epitelio fuera del ojo. se observó una regresión de las diferencias. Si la raíz del problema es un

trastorno de las glándulas productoras de moco, entonces uno debería poder encontrar síntomas clínicos similares en otros lugares. (Latham A., 2020)

Pero la metaplasia queratinizada, también en la mucosa de los órganos internos, cuyo epitelio suele estar no queratinizado, parece ser una manifestación primaria de la deficiencia de vitamina A. Una característica que no parece recibir una atención significativa, digno de atención es el comportamiento de los pigmentos en la xeroftalmía.

Esto no siempre es fácil de ver, ya que los pigmentos de diferente magnitud y forma en la conjuntiva son comunes en sujetos no blancos. El autor que más comentó sobre este aspecto fue Pillat, pero cabe señalar que estos estudios involucraron principalmente a adultos. Este autor señala que la pigmentación depende de la duración de la fase carencial y también desaparece gradualmente durante la suplementación vitamínica

La visión de Pillat fue algo sesgada porque especuló demasiado sobre la relación entre la vitamina A y el ectodermo, pero evaluó correctamente la situación al señalar la aparición y desaparición del pigmento como una cualidad del otro epitelio queratinizado, también apoya la hipótesis de que el pigmento tiene una función protectora para las células dañadas, pero es difícil relacionarlo con el pigmento profundo de la base del saco del esternón, que él mismo describió y reportó por otros autores. (Leon L., 2020)

Dado que la pigmentación está estrechamente relacionada con la variación genética, tal vez valga la pena señalar que la pigmentación, que se cree que es un factor en la deficiencia de vitamina A, se ha observado en India, Indonesia, Ceilán, Egipto y África occidental. Este particular "pigmento ahumado difuso y delgado" sorprende a los niños como un estado concomitante de deficiencia; también se encuentra en la córnea periférica.

En muchos casos en diferentes países se han reportado diferencias de frecuencia por sexo en relación con la presbicia y la miopía. Hasta ahora, la tendencia para ambas condiciones es la misma. La incidencia más alta es muy pronunciada, por lo general se observa en niños de tres o cuatro años de edad, quizás se examine mejor en relación con la desnutrición proteica, por razones obvias de que no hay buenos datos al respecto. (Zavala G, 2020)

Basado en una amplia experiencia en este campo en Indonesia, los casos pospuberales tienden a ser menos "básicos" o "miopatías" que los pacientes más jóvenes debido a la coincidencia con otras enfermedades, especialmente en lo que respecta al hígado, es difícil hacer consideraciones de queratosis acacia, en el sentido más estricto, por la confusión que implica el término.

Parece que la tasa de ataque de enfermedades relacionadas con el sexo se vuelve muy evidente cuando la muestra estudiada es representativa y definida por su eficacia. Esto también significa que la queratosis de acacia realmente debe considerarse por separado. En un gran grupo revisado por observadores competentes durante un período de 20 años en Indonesia se pudo apreciar una

preponderancia del sexo masculino de 1.8% en el grupo de 2 a 5 años de 8% en el de 10 a 13 años, y de 6% en el grupo de 14 a 24 años.

I.1. Justificación

Este estudio clínico es de gran importancia ya que el tema es actualmente tratado a nivel mundial, cabe mencionar que la asociación de las dos condiciones hace que la persona mantenga una baja calidad de vida en su caso si no es tratado adecuadamente. y efectivamente, estas condiciones de salud afectan tanto a adultos como a niños, causando problemas directamente con el sistema visual. Hay una serie de estudios realizados en todo el mundo sobre esta condición de salud, por lo que es un tema relevante y relevante para un estudio clínico.

En este punto el rol del optometrista es esencial, ya que al ser una enfermedad que afecta directamente al sistema visual el personal está preparado en todo lo referente al cuidado del mismo, desde el uso de tratamientos ópticos, hasta la terapia visual si es necesario.

Como un tema de salud mundial, será claro el interés de diferentes organizaciones, lo que nos abrirá la puerta para implementar tratamientos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes que tienen los problemas de visión antes mencionado, de esta forma ayudamos a la población y sobre todo prevenimos este problema de salud. La factibilidad de este trabajo es obvia ya que se trata de un problema de salud que afecta a diferentes grupos de edad, el interés por abordarlo sería inevitable.

I.2. Objetivos

I.2.1. Objetivo General:

Describir el cuadro clínico de PSEUDOMIOPIA Y XEROFTALMIA y su epidemiología en paciente femenino de 23 años.

I.2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las necesidades visuales del paciente con Pseudomiopía y xeroftalmia.
- Analizar el tratamiento adecuado en los pacientes con Pseudomiopía Y xeroftalmia para su recuperación.
- Revisar la evidencia científica disponible, relacionada con el cuidado del sistema visual en pacientes con Pseudomiopía Y xeroftalmia.

I.3. Datos Generales

Nombres completos:

Edad: 23 años de edad

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Ocupación: NA

Nivel de estudio: Tercer Nivel

Procedencia Geográfica: Babahoyo – Los Ríos

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

II.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de 23 años acude al médico porque tiene problemas de visión y por ende de aprendizaje. Se le realizó un cuestionario muy extenso sobre su historia médica, ocular y los síntomas, los síntomas más destacados son: dolores de cabeza, que vienen desde hace un año, visión borrosa principalmente al observar de lejos sobre todo después de realizar actividades que impliquen una visión lejana. Otro dato a tener en cuenta es que la paciente ha visitado algunos profesionales los cuales han aplicado métodos variados de corrección, corrigiendo la hipermetropía, otras veces miopía y otros no han recomendado compensación.

Historial clínico del paciente

Antecedentes familiares: Papa padece Miopía, diabetes mellitus

Antecedentes personales: Ninguno.

Antecedente ocular: Usa lentes.

Alergias: No refiere.

Antecedentes personales quirúrgicos: Apendicitis hace 3 años

Hábitos: Alcoholismo.

Medicación habitual: No refiere.

II.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

El dolor frecuente de cabeza, que manifiesta que es frecuente desde hace un año, la visión borrosa que se presenta con mayor énfasis al observar de lejos y que generalmente ocurre después de realizar actividades que impliquen desgaste de la visión, al realizar interrogatorio al paciente sobre su dieta manifiesta que esta no incluye vegetales y productos frescos, manifestando que su alimentación en su totalidad es a base de productos en conserva.

El cuadro clínico antes estudiado nos implica una alta sospecha de xeroftalmía y Pseudomiopía secundaria a hipovitaminosis A debido a esto es necesario solicitar niveles séricos de vitamina A, el cual da como resultado un valor menor de 0,01 mg/L, analizando que sus valores normales oscilan entre 0,3 y 1,0 mg/L. se encontró también una alteración de las enzimas hepáticas, posiblemente secundaria a hepatitis C y alcoholismo

II.3. Examen físico (exploración clínica)

Al realizar la exploración ocular, existe presencia de agudeza visual tanto en el ojo derecho como en ojo izquierdo, además cuenta dedos a 1 m. Se pueden apreciar un cuadro de xerosis conjuntival en ambos ojos, además corneal severa con queratinización muy importante de la superficie ocular e hiperemia mixta. Además de los problemas antes mencionados se puede observar una catarata nuclear. Se toma presión IO cuyo resultado era de 16 mmHg en ambos ojos y en la retinoscopía su resultado se vio alterado.

II.4. Información de exámenes complementarios realizados

Se realiza un estudio optométrico completo obteniendo los siguientes valores

Tabla 1: Examen optométrico

Examen	Valores Obtenidos	Valores Normales
AV VL sc (se tomó 2 veces)	OD: 20/40, 20/30+2 OI: 20/25-2 AO: 20/25, 20/20-3	OD: 20/20 OI: 20/20 AO: 20/20
AV VC sc (se tomó 2 veces)	OD: 20/20 OI: 20/20 AO: 20/20	OD: 20/20 OI: 20/20 AO: 20/20
Retinoscopía	OD: Esf. -1.50 D. OI: Esf -1.25 D.	
Subjetivos	OD Esf -1.25 D. AV 20/25 OI: Esf -1.25 D. AV 20/25	
Amplitud de Acomodación Medida con lentes negativas (Método de Sheard)	OD: 7.00 D OI: 8.25 D	Según Sheard Para la edad de 30 años debe tener AA: 6.50 D

Retardo Acomodativo	-0.25 D	+0.25 a +0.50 ± 0.25 dioptrías
----------------------------	---------	--------------------------------

II.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Mediante el estudio de la clínica del paciente lo primero que nos hace sospechar un problema de acomodación es la variabilidad de la refracción; el hecho es que los diferentes profesionales le han ido cambiando la refracción.

El examen de agudeza visual reveló inestabilidad de la visión lejana no corregida. Subjetivamente manifiesta miopía sin llegar a la unidad refractiva, lo que indica acomodación inestable, con amplitud de acomodación desigual en un ojo con una diferencia de 2 dp., lo que indica que el esfuerzo de acomodación no es igual en ambos ojos. La acomodación relativa negativa es más baja que la acomodación estándar y más baja que la acomodación relativa positiva.

II.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

El paciente presentaba episodios de visión borrosa a distancia, una valoración objetiva realizada por centeloscopia dinámica RX 1,50 y 0,00 esf en a/o, cuyos valores variables nos dan conocer los cambios de acomodación, con miopía intermitente, nos llevó a la conclusión que se sospeche blefaroespasmio.

Además, en los exámenes encontramos

Niveles séricos de vitamina A, con resultado menor de 0,02 mg/L (valores normales entre 0,3 y 1,0 mg/L).

Error Refractivo: Pseudomiopía.

Visión Binocular: Exceso de acomodación que provoca una Pseudomiopía en plena degradación.

Salud ocular: Dentro de los límites normales

II.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

En condiciones normales, el enfoque de la vista es una acción espontánea a diferentes distancias de enfoque que no requiere mucho esfuerzo, pero que puede modificarse manteniendo fijo el foco de la vista a una distancia inferior a 30 cm, durante un largo tiempo. Condiciones de iluminación inadecuada

II.8. Seguimiento

Debido al problema de acomodación del paciente, el paciente decidió un tratamiento basado en la terapia visual por un período de 10 semanas con el objetivo de cambiar los hábitos de higiene visual, eliminar los síntomas, normalizar los síntomas, el valor de la acomodación e integrarlos en las vergencias. y movimientos oculares.

Semanas 1 y 2: Se comienza a ajustar la higiene visual con posiciones fisiológicas adecuadas: en posición sentada, la zona lumbar se apoya en la silla y el respaldo se flexiona, así como el antebrazo se apoya en el plano del consultorio.

En relación a los cambios posturales, las plantas de los pies deben estar completamente planas en el suelo, los muslos en posición horizontal formando un ángulo de 90° con las piernas.

Inicie descansos de vez en cuando, interrumpiendo la actividad prolongada de visión de cerca.

Semanas tres y cuatro: comienza la fase monocular, enfocándose en la medida en que, en términos de velocidad, se ha trabajado con Hart Primers, se ha hecho énfasis en la previsión, se ha hecho la flexibilidad adecuada. Trabajo con la lente positiva removible y lectura completa. la opacidad respetando la distancia conveniente recomendada.

Semanas 5 y 6: se utilizó el diagrama de bola y de Hart de Marsden para normalizar el seguimiento y la navegación de manera monocular, finalizando la fase monocular.

Séptima y octava semanas: La fase hermafrodita comienza con un énfasis en la velocidad de reacción. La flexibilidad adaptativa se ha trabajado con lentes positivas y negativas, carta de Hart.

Semana 9 y 10: Se continúa trabajando con lentes yin y yang, y también se incluye una técnica de divergencia, encaminada a relajar el sistema visual. La fase biológica ha terminado.

Al finalizar la semana 10 se evaluó al paciente con los siguientes resultados

. Se pauta tratamiento con retinol, 2 cápsulas al día (100.000 UI de vitamina A) durante 3 días, seguido de 1 cápsula (50.000 UI de vitamina A) al día durante 2 semanas. Por parte de Oftalmología se indica hidratación de superficie ocular con lágrimas artificiales y retinol palmitato tópico, citándose nuevamente a las 2 semanas para valorar evolución

A las dos semanas de tratamiento el paciente presenta una AV en OD de 0,5 y en OI de 1,0, observándose en el PA de AO resolución casi completa de los hallazgos a nivel de la superficie ocular

II.9. Observaciones

Debido a la gravedad del caso, se requiere atención oftalmológica, tratamiento urgente y estabilización del ojo, lo que, una vez operado, requiere el uso de lentes que le permitirán visualizar y retomar sus actividades diarias, las cuales deberá mantener mensualmente para prevenir cualquier irregularidad futura.

CONCLUSIONES

- Se puede concluir que el tratamiento adecuado en los pacientes con Pseudomiopía Y xeroftalmia para su recuperación el uso de retinol, el uso de la hidratación de superficie ocular con lágrimas artificiales, esto complementado con la terapia visual.
- Sen reviso distintas teorías para llegar a un tratamiento específico relacionada con el cuidado del sistema visual en pacientes con Pseudomiopía Y xeroftalmia.
- La terapia visual consiguió normalizar los valores del sistema de corrección eliminando los síntomas y encontrando que el problema original del es un aumento de la agudeza visual.
- Este trabajo demuestra la eficacia de la terapia visual para superar la acomodación, eliminando la miopía y facilitando el trabajo en la visión cercana

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acosta I. (2017). *Repositorio digital UTB*. Obtenido de PSEUDOMIOPÍA EN PACIENTE FEMENINO:
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/2274/C-UTB-FCS-OPT-000002.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Aguilar D. (2019). *Hipovitaminosis A y xeroftalmía*. Obtenido de Sociedad Canaria de Oftalmología: Hipovitaminosis A y xeroftalmía:
3. Aguilar M. (2020). *Semiología de las principales manifestaciones clínicas*. Obtenido de <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/csociales/Semiologia-elect.pdf>
4. Balbona R. (2018). *Scielo*. Obtenido de Síndrome de ojo seco:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762005000100011
5. Baviera C. (2020). *Xeroftalmia: causas, síntomas y tratamiento*. Obtenido de <https://www.clinicabaviera.com/blog/xeroftalmia-causas-sintomas-tratamiento/>
6. Carrillo S. (2018). *Manifestaciones Oftálmicas*. Obtenido de dialnet:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=148799>
7. Latham A. (2020). *Universidad de Cornell*. Obtenido de NUTRICIÓN HUMANA EN EL MUNDO: <https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0j.htm>
8. Leon L. (2020). *Xeroftalmia: qué la causa, síntomas y cómo tratarla*. Obtenido de ocumed: <https://ocumed.es/xeroftalmia-conjuntivitis-seca-causa-sintomas-tratamiento/>
9. Melendez R. (2021). *FACTORES DESENCADENANTES DE PTERIGION*. Obtenido de FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”:
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/5202/UNFV_%20FM

HU_Ramos_Melendez_Rosmery_Karen_Titulo_Profesional_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Montero M. (2017). *Caracterización clínica de la población con disfunción acomodativa sintomática*. Obtenido de UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49284/1/T40229.pdf>
11. Pereira A. (2019). *Hipovitaminosis A y xeroftalmía*. Obtenido de Sociedad Canaria de Oftalmología: <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-30/30sco12.htm>
12. Pilozo A. (2020). *PSEUDOMIOPÍA POR EXCESO DE ACOMODACIÓN*. Obtenido de Repositorio digital UTB: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8982/E-UTB-FCS-OPT-000035.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Puell M. (2020). *Óptica Fisiológica*. Obtenido de https://eprints.ucm.es/id/eprint/14823/1/Puell_%C3%93ptica_Fisiol%C3%B3gica.pdf
14. Rodríguez M. (2018). *La uveítis y el glaucoma*. Obtenido de <http://www.revofthalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/600/514>
15. Zavala G. (2020). *Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*. Obtenido de XEROSTOMÍA Y XEROFTALMÍA: <https://www.reumaped.es/images/site/pdf/2011/Poster/P-43.pdf>

ANEXOS

Foto 1: Examen objetivo con autorefractometro



Fuente: Óptica Dallyana
Elaborado por: Linda Rosado

Foto 2: Refracción subjetiva con caja de prueba



Fuente: Óptica Dallyana
Elaborado por: Linda Rosado

Foto 3: Utilización de autorefractometro



Fuente: Óptica Dallyana
Elaborado por: Linda Rosado