



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CARRERA DE OPTOMETRIA

**Componente Práctico de Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada (o) en Optometría**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**COMPORTAMIENTO DE PACIENTE CON CEFALEA ASOCIADA A FORIAS
HORIZONTALES**

AUTOR

JOSELINE STEFANIA CAÑIZARES HERRERA

TUTOR

DRA NANCY LEDESMA DIÉGUEZ

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2020

DEDICATORIA

De manera en especial quiero dedicar a mi familia por ser el pilar fundamental desde el principio de mi carrera en guiarme y aconsejarme.

En especial a mi madre por ser una mujer perseverante que ha sido una de mis mayores inspiraciones para cumplir con mi meta.

Joseline Stefania Cañizares Herrer

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darme la salud y sabiduría en mi vida.

A mis docentes que con el pasar de los tiempos han ido fortaleciendo mis conocimientos y de la misma manera presionándome para ser una profesional ética y comprometida en ayudar a la sociedad.

A mi Tutora que me oriento y guio a través de sus conocimientos con su apoyo incondicional.

A mi hermana y amigos por ser compañeros de vida, por ser cómplices, ejemplo de constancia y fuerza para seguir adelante.

A Orlando Mera Robelli por su apoyo incondicional en mi carrera.

Joseline Stefania Cañizares Herrera

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
ANATOMIA OCULAR	1
ACOMODACION.....	1
TIPOS DE ACOMODACIÓN	2
ACOMODACIÓN TÓNICA	2
ACOMODACIÓN PROXIMAL.	2
ACOMODACIÓN VERGENCIAL.....	2
ACOMODACIÓN REFLEJA.....	2
INFLEXIBILIDAD DE ACOMODACIÓN	2
Disfunciones Horizontales.....	2
Disfunciones con coeficiente bajo	2
Disfunciones de coeficiente Alto	2
Disfunciones con coeficientes Normal	2
RELACIÓN ACOMODACIÓN CONVERGENCIA	2
ANOMALIAS REFRACTIVAS	4
Efecto del uso de lentes o prismas sobre la acomodación.	4
CEFALEAS	5
Cefalea tensional	5
Cefaleas trigémino-vasculares.....	5
FORIAS	6
CLASIFICACIÓN DE LAS FORIAS.....	6
1.1 JUSTIFICACION	8
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9

1.3. DATOS GENERALES	10
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.....	10
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.....	11
I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	12
HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	12
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	12
2.4. Información de exámenes complementarios realizados examen optométrico:	13
PRUEBA DE COVERTEST	13
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	14
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar	14
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.	15
2.8. SEGUIMIENTO	16
2.9 OBSERVACIONES	16
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
ANEXOS	19

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**COMPORTAMIENTO DE PACIENTE CON CEFALEA ASOCIADA A FORIAS
HORIZONTALES**

RESUMEN

El comportamiento de la cefalea debido a forias horizontales es un problema visual refractario que produce hipermetropía, debido a la visualización de cerca como consecuencia del trabajo prolongado en el ordenador, ya que las personas que lo padecen necesitan forzar mucho la musculatura de los ojos para mantenerlos paralelos y ver correctamente.

Las forias son desviaciones latentes de los ejes visuales que se presenta por ausencia del estímulo de la fusión, los ojos en estado de relajación pierden momentáneamente la coordinación, manteniendo el estímulo visual sin producir la integración de imágenes en el cerebro.

El objetivo principal de este trabajo investigativo es valorar el comportamiento de una paciente con cefalea asociada a forias horizontales.

Dentro de los datos clínicos que la paciente refiere es dolor constante en ambos ojos al momento de realizar esfuerzo visual e intolerancia anormal a la luz lo cual prohíbe desarrollar sus actividades académicas cotidianas.

Al realizar el examen optométrico presenta epifora en el globo ocular por molestia de la luz natural y artificial, la prueba de cover test permitió ayudar al diagnóstico de forias o tropias, concluyendo con un diagnóstico definitivo de desviación de ambos ojos hacia la parte nasal, en especial el ojo derecho.

Por la importancia del caso se concluye que la cefalea es producto de la presencia de forias y endo forias en la paciente por la permanencia de largos periodos de tiempo en el ordenador y lecturas prolongadas, la valoración y refracción permitió la corrección del estado visual mediante el diseño de un lente con protección a la luz.

Palabras clave: Cefalea – forias- Examen Optométrico -cover test.

ABSTRACT

Headache behavior due to horizontal phoria is a refractory visual problem that produces hyperopia, due to close visualization as a result of prolonged work at the computer, since people who suffer from it need to strain the muscles of the eyes to maintain them parallel and see correctly.

The phoria are latent deviations of the visual axes that appear due to the absence of the fusion stimulus, the eyes in the state of relaxation momentarily lose coordination, maintaining the visual stimulus without producing the integration of images in the brain.

The main objective of this research work is to assess the behavior of a patient with headache associated with horizontal phoria.

Within the clinical data that the patient refers is constant pain in both eyes at the time of visual effort and abnormal intolerance to light, which prohibits the development of their daily academic activities.

When performing the optometric examination, he presents epiphora in the eyeball due to discomfort of natural and artificial light, the cover test will help to diagnose phorias or tropias, concluding with a definitive diagnosis of deviation of both eyes towards the nasal part. Especially the right eye.

Due to the importance of the case, it is concluded that the headache is the product of the presence of phorias and endophoria in the patient due to the permanence of long periods of time in the computer and prolonged readings, the evaluation and refraction will receive the correction of the visual state by means of the design of a lens with light protection.

Key words: Headache - phoria - Optometric Examination - Coverage trial.

INTRODUCCION

En la actualidad, los problemas visuales están en aumento debido a la utilización de diversas tecnologías y los problemas de la visión más comunes como son la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia.

Las deficiencias visuales causan varias complicaciones que afectan a la calidad de vida como a la productividad de las personas, por lo que es muy importante detectar tempranamente mediante el uso de distintos medios mediante la detección en la atención primaria de salud ocular.(Gallego Andrés, 2015)

El restablecimiento de la visión en una persona que ha padecido dificultades se logra mediante el trabajo multidisciplinario de profesionales que trabajan en la prevención, curación y el mantenimiento de la salud visual .El optometrista es el profesional encargado de atender los problemas del estado refractivo, mediante adaptación, rehabilitación y el entrenamiento con ayudas ópticas y no ópticas que permiten al paciente con problemas visuales aprovechar al máximo la visión residual para lograr realizar actividades en la vida cotidiana.(Salas, 2019)

Dentro de la evaluación clínica optométrica de una persona con problemas de la visión se hace énfasis en la corrección del estado refractivo y el logro de los objetivos con la paciente.

En la actualidad el uso de la tecnología moderna implica un empleo excesivo de la visión intermedia y cerca, lo que trae como consecuencia que los ojos sean sometidos a sobreesfuerzos continuos, afectando de forma directa a los músculos intrínsecos y extrínsecos. Esto implica que el sistema visual de la persona sea incapaz de realizar este tipo de actividades de manera eficiente, causando malestar visual, fatiga, produciéndose anomalías en el sistema acomodativo y/o vergencial.(Peñas, 2017)

Paniccia y Romero (2015) elaboran una selección aleatoria de 593 historias clínicas de pacientes existentes entre las edades de 5 y 20 años. Los pacientes habían participado en una evaluación optométrica completa entre los años 2004 y 2012. De los 593 registros evaluados, 156 niños (26,3%) no presentaron ninguna anomalía de visión binocular o acomodativa, 335 niños (56,5%) tuvieron alguna

disfunción 102 niños (17,2%) ambas. La prevalencia de disfunciones binoculares no estrábicas y acomodativas fue del 73,7%.(Peñas, 2017)

García-Muñoz y cols. (2016) estudian una muestra aleatoria de 175 estudiantes entre 18 y 35 años, encontrando una prevalencia de las disfunciones binoculares no estrábicas del 8%, de disfunciones acomodativas 2,29% y de ambas 2,86%.(Peñas, 2017)

La visión binocular es la propiedad que tiene el aparato visual de fusionar las imágenes percibidas por cada ojo en una sola. Esta fusión es absolutamente necesaria para el desarrollo de relieve o estereoscópica, cuando hay alteración repercute en la visión del paciente.

Las anomalías binoculares es el conjunto de alteraciones que afectan el sistema visual de las personas obstruyendo las actividades diarias especialmente en aquellas que exigen una demanda de la visión de cerca, para que se pueda conservar esta demanda se necesita un esfuerzo mayor.(Xiomara et al., 2019)

El presente caso clínico se refiere a uno de los problemas que casualmente el especialista optométrico da a conocer evaluando el estado visual; además se trata de acabar con el conocimiento empírico de las personas, al pensar que una foria es sinónimo de ceguera. Sin embargo, es todo lo contrario ya que muchas de estas forias pueden ser tratadas con una buena examinación optométrica minuciosa que con lleve a detectar, tratar y solucionar dichas anomalías visuales. Paciente de 15 años femenina acude a la consulta porque refiere, cefaleas (dolor de cabeza) y fotofobia, cuando realiza un esfuerzo visual al realizar sus tareas educativas virtuales.(Peñas, 2017).

En sus antecedentes Patológicos Personales no refiere alergias, presenta una agudeza visual con el agujero estenopeico (Ph), 20/20, sin corrección ojo derecho 20/70 con corrección -0.50 – 0.50 x 135° 20/20, ojo izquierdo sin corrección 20/70 con corrección -0.25 – 0.25 x 45° 20/20.

Se utilizó la prueba de cover test alternante para determinar la desviación ocular mediante la oclusión de un ojo por 5 segundos cambiando al otro ojo, para que el paciente de tiempo de romper la fusión y el movimiento de refijación de allí se pueda observar de donde parte la desviación. De la misma manera se examinó en

la lámpara de hendidura la cámara anterior y las estructuras como: cornea, conjuntiva, escleras, pupilas, iris, los párpados superiores e inferiores, pestañas y película lagrimal. (Toledo & Faccia, n.d.)

Presenta una pingüecula en el ojo izquierdo del lado temporal, la presencia de una leve hiperemia en ambos ojos. Evaluando su cornea, escleras se mostró estar en un estado normal sin ningún tipo de anomalía, reacciona con anormalidad al estar en contacto a la luz lo que se diagnosticó fotobia. (Toledo & Faccia, n.d.)

Debido a que la paciente nunca se ha realizado chequeos optométricos, aunque ya con sospechas de un problema visual, se confirma nuestro diagnóstico, con resultados de una foria horizontal hacia la parte nasal provocando una disminución en su agudeza visual dando principios de una Miopía y fotobia

I. MARCO TEORICO

ANATOMIA OCULAR

El cristalino es una lente que tiene dos superficies convexas con un poder de tres ópticas de 20D, transparente, a vascular y elástico, se encuentra ubicado detrás del iris, separando el segmento anterior del segmento posterior del globo ocular, y unido al músculo ciliar a través de las fibras de la zónula de Zinn.

La cara anterior del cristalino se encuentra en contacto con el humor acuoso, líquido que ocupa la cámara anterior y posterior del globo ocular, y mediante el cual el cristalino obtiene los nutrientes necesarios para su correcto metabolismo, en cambio, la cara posterior del cristalino se encuentra en contacto con la hialoides.(Tomás & Lozano, 2019).

El cristalino se encuentra cubriendo el epitelio cubico mono estratificado, encargado de formar nuevas células a lo largo de la vida, en un momento dado, ocasionará inflexibilidad al cristalino por lo que se produce desplazamiento de acomodación.

El cuerpo ciliar es una prolongación del iris, produce un líquido dentro del ojo denominado humor acuoso, contiene fibras musculares lisas que conforman el musculo ciliar, su función es cambiar la forma del cristalino cuando los ojos se enfocan en un objeto cercano.

ACOMODACION

Es un proceso neuromuscular del ojo, que se manifiesta por diversos cambios en su anatomía, en el dominio refractivo y en la curvatura cristalina formándose una imagen nítida en la fovea de objetos situados en diferentes distancias entre el punto máximo (PM) y el punto remoto (PR).

La respuesta acomodativa depende de la edad de la persona, el tamaño del objeto y la distancia a la que este se encuentre.(Tomás & Lozano, n.d.)

TIPOS DE ACOMODACIÓN

ACOMODACIÓN TÓNICA. Se presenta cuando la actividad acomodativa está totalmente disminuida en ausencia de un estímulo acomodativo. El valor suele comprenderse entre 0 y 2 D, reduciéndose con la edad como consecuencia de la tonicidad muscular ciliar.

ACOMODACIÓN PROXIMAL.

Se produce por estímulos acomodativos que se encuentran a 3m o menos.

ACOMODACIÓN VERGENCIAL

Es la relación entre la acomodación y la convergencia (CA/C), debido a la inervación que se comparte entre ambos mecanismos. La acomodación es aproximadamente de 0,4 D por 1 Δ de convergencia.

ACOMODACIÓN REFLEJA.

Es producida automáticamente por el estado refractivo ocular para tratar de mantener la imagen nítida sobre la retina y evitar posibles emborronamientos leves. Este efecto se produce tanto en visión lejana (VL) como en visión próxima (VP). (Pérez et al., 2010)

INFLEXIBILIDAD DE ACOMODACIÓN

Se presentan según la distancia y la relación convergencia acomodativa.

Disfunciones Horizontales

Disfunciones con coeficiente bajo

Insuficiencia de convergencia e insuficiencia de divergencia.

Disfunciones de coeficiente Alto.

Exceso de convergencia y de divergencia

Disfunciones con coeficientes Normal.

Exforia básica, endoforia básica y disfunción vergencial funcional.

RELACIÓN ACOMODACIÓN CONVERGENCIA

La relación acomodación, convergencia se desarrolla en etapas tempranas de la vida del ser humano como resultado del uso constante de las dos funciones, pues si hay cambio en la acomodación también va a ver cambio en la convergencia.

Es de vital importancia considerar algunas variables de visión binocular como son las forias, que se manifiesta como la desviación latente de los ejes visuales que se manifiesta por la ausencia de fusión.

Existe varios métodos para la medición de las forias como la varilla de Maddox la que nos da un valor exacto y confiable por medio de la utilización de dos planos cilindros que convierten la luz en un predominio lineal perpendicular a sus canales, esto genera un rompimiento total de la fusión permitiendo revelar toda la desviación existente.(Pérez et al., 2010)

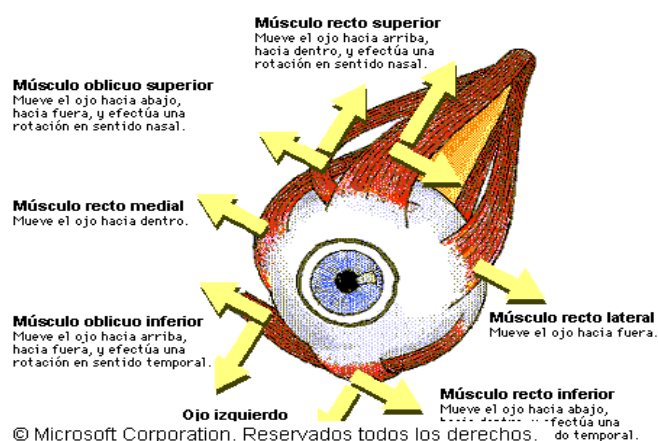
Al momento de evaluar el estado acomodativo de un paciente se debe tomar en cuenta la relación entre acomodación y convergencia, este equilibrio hace posible que la división binocular sea correcta.

Anatómicamente, se conoce con el nombre de “triada acomodativa” que consta de acomodación, convergencia y miosis producida por la transferencia de información a través del mismo nervio, el tercer par craneal denominado nervio oculomotor común que inerva a:

Musculo ciliar que se encarga de la acomodación.

Rectos medios internos o nasales que se encargan de la motilidad ocular cuya contracción produce la convergencia ocular.

El esfínter del iris produce una contracción pupilar o miosis.(Tomás & Lozano,n.d.)



La relación que existe entre la convergencia inducida por la acomodación es la relación AC/A (convergencia acomodativa producida por unidad de acomodación). Este valor cambia para cada paciente, en función del estado de su visión

binocular, ya que cada paciente tiene un cambio de convergencia, medido en dioptrías prismáticas (Δ), diferente al acomodar una D. Se considera normal un AC/A de 4/1, es decir, por 1 D de acomodación se produce una convergencia de 4 Δ .

La medición de la relación AC/A es utilizada para el diagnóstico de numerosas disfunciones binoculares, tanto acomodativa como vergenciales. (Tomás & Lozano, n.d.)

ANOMALIAS REFRACTIVAS

Se originan como resultado del desbalance entre los valores de los componentes del sistema óptico (dioptrios oculares y el largo axial del ojo), que da como resultado una imagen borrosa en la retina. Para corregir estos defectos se realiza mediante la corrección óptica (anteojos, lentes de contacto o cirugía).(Toledo & Faccia, n.d.)

Efecto del uso de lentes o prismas sobre la acomodación.

Se debe tener en cuenta que la repercusión supone la anteposición de diferentes lentes o prismas con respecto a la acomodación.

Una lente positiva produce relajación de la acomodación, puesto que el objeto adopta una falsa apariencia de lejanía debida a la convergencia de los rayos al atravesar dicha lente. Por el contrario, una lente negativa estimula la acomodación ya que el objeto parece que se aproxima al observador al producirse una divergencia de los rayos provenientes del objeto. Además, existe una fuerte relación entre la vergencia y la acomodación, por lo que la anteposición de primas tendrá un determinado efecto en la convergencia o la divergencia y con ello en la acomodación. Por ello:

Un prisma base temporal provoca convergencia estimulando la acomodación

Un prisma base nasal provoca divergencia y con ello se disminuye la acomodación.

La visión binocular es esencial para obtener una interpretación de todo lo que nos rodea, mediante de una imagen perceptual, que se deriva de dos imágenes que son obtenidas por la retina. Esto ocurre por el buen funcionamiento de la fusión sensorial y motora.(Pérez et al., 2010)

Cuando hay anomalías en la anatomía ocular, en el sistema motor o sensorial en muchas ocasiones alteran la función binocular, afectando la visión, manifestándose con disminución de la agudeza visual, visión borrosa, cefalea, forias e insuficiencia de convergencia.

Para controlar o mejorar este tipo de anomalías se dispone de varias pruebas como la del cover test es la más utilizada optométricamente para el estudio de la visión binocular, ya que permite tanto la detección de desviaciones de los ejes oculares (estrabismo) y latentes (forias), además el ángulo de desviación, no se requiere la respuesta del paciente, pero depende de la práctica del examinador.(Pérez et al., 2010)

CEFALEAS

Las cefaleas es un problema frecuente y puede producirse por el trabajo que realiza la persona visualizando de cerca, como la lectura por periodos prolongados de tiempo, uso excesivo del ordenador y equipos digitales, dando como resultado problemas visuales ocultos que en su mayoría son neurológicos y en ocasiones son de causa oftalmológica.(Lourdes et al., 2013)

Existen una gran variedad de tipos de cefaleas, siendo las más importantes para nuestro caso clínico, se menciona dos de importancia.

Cefalea tensional

Es la más común que se produce por problemas visuales como problemas refractarios sin tratar habitualmente se produce la hipermetropía, otra causa es el estrabismo sin diagnostico ya que las personas que lo padecen necesitan forzar mucho la musculatura de los ojos para mantenerlos paralelos y ver correctamente, el malestar se produce después de realizar alguna tarea como leer, o trabajar en el computador.

Cefaleas trigémino-vasculares

Producen enrojecimiento ocular y lagrimeo e incluso caída de los párpados. En ocasiones, estos síntomas son más llamativos que el propio dolor de cabeza. (López Gómez, 2017)

FORIAS

La foria es una desviación latente de los ejes visuales que se presenta por ausencia del estímulo de fusión, los ojos en estado de relajación pierden momentáneamente la coordinación, manteniendo el estímulo visual pero sin producirse la integración de imágenes en el cerebro, la medida se constituye en dioptrías prismáticas, seguida de la dirección de los ejes visuales. (Felipe-Márquez Fema, 2018)

La visión binocular es la capacidad para integrar las imágenes recibidas por cada uno de los dos ojos en una sola. Los requisitos para conseguirlo son: un correcto alineamiento entre ambos ojos mientras miran el mismo objeto, un movimiento coordinado de los ojos mediante un buen funcionamiento de los músculos extra oculares (sistema motor) y, finalmente, el cerebro debe recibir e integrar las dos percepciones monoculares en una imagen única (sistema sensorial). (López Gómez, 2017)

La presencia de una foria puede ser un hallazgo normal y solo se mantiene cuando los dos ojos se disocian. (Salas, 2019)

CLASIFICACIÓN DE LAS FORIAS

Las forias se clasifican, dependiendo de la desviación que presenten los ojos, dentro de las cuales encontramos las siguientes:



Figura N° 2

1. **ORTOFORIA:** Consiste en que los ejes visuales no presentan desviación, es decir, se mantienen la concordancia de los ejes visuales, incluso después de una disociación prolongada.

2. **EXOFORIA**: Desviación horizontal de los ejes visuales hacia fuera (Temporal).

3. **ENDOFORIA**: Desviación horizontal de los ejes visuales hacia dentro (Nasal).

4. **HIPERFORIAS**: Desviación vertical de los ejes visuales hacia arriba.

5. **HIPOFORIAS**: Desviación vertical de los ejes visual hacia abajo.

6. **INCICLOFORIA**: Torsión interna del ojo alrededor de su eje anteroposterior (nasal).

7. **EXCICLOFORIA**: Torsión externa del ojo alrededor de su eje anteroposterior (Temporal).

La clasificación vigente de la Sociedad internacional (International Headache Society), sugiere a las cefaleas primarias como causantes de dolor ocular, lo mismo que las cefaleas secundarias atribuidas a trastornos oculares como el glaucoma, defectos de refracción, heteroforia y otras alteraciones inflamatorias locales de estructuras oculares.(Salas, 2019)

1.1 JUSTIFICACION

El presente caso clínico tiene la finalidad de investigar e indagar el comportamiento de un paciente con cefalea asociada a forias horizontales, debido a la presencia de molestias que afectan su desenvolvimiento cotidiano, por lo cual es necesario desarrollar una herramienta eficaz para mejorar su problema de salud visual.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar el comportamiento de una paciente con cefalea asociada a forias horizontales.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar los procedimientos para evaluar las forias horizontales por medio de la motilidad ocular del paciente en estudio.
- Analizar los procedimientos empleados en el paciente.
- Diseñar una propuesta para la implementación de técnicas apropiadas para mejorar la visión en pacientes que presentan forias horizontales

1.3. DATOS GENERALES

EDAD: 15 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

PROFESION: Estudiante

NIVEL DE ESTUDIO: Primero de Bachillerato

NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONOMICO: Medio

PROCEDENCIA GEOGRAFICA: La mana – Cotopaxi

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

GENERAL:

REPRESENTANTE: Mamá

EDAD: 40 Años

ENFERMEDADES PATOLOGICAS: No refiere

OCUPACION: Secretaria del GAD Municipal de La Maná

OCULARES:

ESTADO REFRACTIVO: No refiere

Refiere una presbicia fisiológica de acuerdo a la edad.

REPRESENTANTE: Papá

EDAD: 45 Años

ENFERMEDADES PATOLOGICAS: Refiere hipertensión -controlada

OCUPACION: Mecánico

OCULARES:

Estado refractivo: refiere **h521- miopía** de acuerdo al código internacional de las enfermedades.

Miope hereditario por parte de padre, que presenta una miopía progresiva.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

GENERAL:

ENFERMEDADES PATOLOGICAS: No refiere

OCULARES:

Estado refractivo: refiere **h521- miopía** de acuerdo al código internacional de las enfermedades.

Valoración de su agudeza visual presente; en su motilidad ocular una endo - desviación en ambos ojos, en el ojo derecho es más notorio.

I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

La paciente de 15 años, se de sexo femenino, estudiante de la Unidad Educativa La Mana, acude a una consulta optométrica, en el centro optométrico **EYES STUDY**, muestra una sintomatología de cefaleas (dolor de cabeza) y fotofobia. Dentro de sus signos muestra una endo – foria en ambos ojos en el cual es más notorio en el Ojo derecho.

Durante la revisión de su historial clínico no presenta ningún tipo de alergias.

HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Los principales datos clínicos que la paciente refiere sobre la enfermedad actual.

Son: dolor constante en ambos ojos al momento de realizar esfuerzo visual e intolerancia anormal a la luz (fotofobia), lo cual prohíbe desarrollar sus actividades académicas cotidianas.

Por lo que se procede a realizar un examen optométrico y un cover test en lo cual se detecta la alteración.

Mediante el resultado del examen y la prueba se procede a la aplicación del tratamiento respectivo ayudando a que la paciente mejore su visión.(Toledo & Faccia, n.d.)

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

Dolor constante en ambos ojos al momento de realizar esfuerzo visual e intolerancia anormal a la luz (fotofobia), lo cual prohíbe desarrollar sus actividades académicas cotidianas.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

En el examen físico a la admisión mostró:

Estado de salud: normal

Peso corporal: 65 kilos en un rango normal

Presión arterial: 80/120 mm Hg en ambos brazos

Ningún tipo de problemas patológicos

Problemas refractivos: hereditarios por parte de los abuelos paternos.

Agudeza visual con el agujero estenoico (PH): 20/20

EXAMEN VISUAL – 6 METROS

Ojo derecho sin corrección 20/70 - Fila 5

Con corrección 20/20 - Fila 8

Ojo izquierdo sin corrección 20/70 - Fila 5

Con corrección 20/20 - Fila 8

REFRACCION

Ojo Derecho: -0.50 – 0.25 x 135° - 20/20

Ojo Izquierdo: -0.25 – 0.25 x 45° - 20/20

Estado visual no presenta ningún tipo de hiperemia, leve epifora en el globo ocular por la molestia de la luz natural y parte de la luz artificial en ambos ojos

2.4. Información de exámenes complementarios realizados examen optométrico:

COVERT TEST: se mostró que ambos ojos presentan desviación hacia la parte nasal, más notorio en el ojo derecho.

PRUEBA DE COVERTEST

El cover test alterno permitió ayudar a diagnosticar las forias o tropias y a que ojo afecta más. (Pérez et al., 2010)

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

En primera instancia la paciente acude por primera vez a una consulta optométrica por dolor constante de cabeza (cefaleas), mostrando signos de molestia de intolerancia anormal a la luz y epifora; una vez procedida la respectiva observación e inspección de ambos ojos, se pregunta a la paciente a que se dedica o desempeña, su respuesta fue de realizar tareas en la computadora por sus estudios. Esto nos permite dar un indicio de que puede haber una irritación por la exposición a la luz artificial de la computadora y cefaleas por la lectura; como dato importante la paciente dio a conocer que no había utilizado nunca una ayuda visual ni chequeos con el especialista optométrico.

El diagnóstico diferencial se lo realiza tomando en cuenta la suposición inicial de dicha enfermedad ocular precedente de este análisis dada por el optometrista; es el encargado de evaluar el estado de la salud ocular primaria de la misma manera referir cuando sea necesario la intervención del Oftalmólogo.

Concluyendo con el diagnóstico definitivo dio como resultado que su déficit visual es causado por una Desviación hacia la parte nasal (foria acomodativa); mediante la evaluación de su estado ocular.

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

VARIABLES	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	INDICADORES
Forias horizontales	Ocurre cuando hay la existencia de una tendencia a la desviación de los ejes visuales por lo que se presume un esfuerzo de mantener la visión binocular.	Agudeza visual	Snell Cover test alternante
Disminución de la agudeza visual	La agudeza visual es la capacidad que tiene el sistema visual para detectar, percibir e identificar objetos espaciales en condiciones adecuadas de	Agudeza visual subjetiva	Snell

	iluminación		
Cefaleas oculares	Se produce cuando hay un excesivo esfuerzo visual a zonas próximas o lejanas de los objetos	Motilidad ocular horizontal y vertical	Prueba de movimientos sacádicos.

Tabla N° 1

Autor (Joseline Cañizares Herrera).

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.

La falta de atención en conjunto con un mal control parental de una emergencia optométrica como son forias producidas por traumas que no fueron atendidas en su momento, por falta de conocimiento y que hoy en día dicha anomalía está en su totalidad definida. Por lo que son causantes principales de complicaciones que sufre el paciente.

2.8. SEGUIMIENTO

Se llevó a cabo un control optométrico para evaluar su agudeza visual y motilidad ocular antes y después del tratamiento aplicado mediante la refracción.

2.9 OBSERVACIONES

En el momento que asistió a la consulta la paciente se procedió a realizar un rápido reconocimiento de su estado visual lo que permitió realizar un diagnóstico, de desviación nasal o endo-foria, por lo que se procede a explicar que debe realizar actividades que no perjudiquen su visión como el descanso paulatino en tareas que realiza por el ordenador y que debía acudir de manera inmediata donde un especialista para mejorar su problema visual y el tratamiento adecuado.

Durante el control presento cefalea y fotofobia y se le explico el tratamiento correctivo mediante la aplicación de anteojos correctivos.

CONCLUSIONES

Debido a la gran importancia que tiene este caso clínico, se analizó que las endo – forias y forias son más frecuentes; su afección es bastante clara, puesto que los músculos rectos temporales presentan estos inconvenientes produciendo anomalías visuales como la paresia o parálisis del VI par craneal al cual va a inervado el musculo recto temporal, presumiendo de una patología intracraneal, la cual fue anulada mediante el examen físico que fue normal.

De acuerdo a la molestia que presento la paciente en el área optométrica, se realizó la atención primaria de la salud ocular, logrando realizar el respectivo diagnóstico y tratamiento. Haciendo énfasis en la atención de anomalías oculares que pueden complicarse si no es tratada oportunamente.

Mediante la valoración y refracción se realizó la corrección del estado visual evitando de esta manera que la paciente continúe con las cefaleas persistentes. De la misma manera se realizó un lente con protección a la luz con la finalidad de evitar molestias de fotofobia, además se recomendó acudir al control cada seis meses para la evaluación optométrica y el seguimiento correspondiente de su estado visual.

La realización de este caso clínico permitió proporcionar el manejo adecuado antes, durante y después del problema visual que la paciente presentaba, logrando de esta manera resultados asertivos en lo que se refiere a la mejoría en sus tareas cotidianas, lo cual permitirá disminuir progresivamente el déficit visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Felipe-Márquez Fema. (2018). *Tesis Doctoral: Análisis y valoración de la función binocular y acomodativa en usuarios de ortoqueratología nocturna.*
- Gallego Andrés, O. (2015). Manual de Exploración Optométrica. *Universidad de Valladolid*, 41. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_161137.pdf
- López Gómez, A. (2017). *Influencia del estrés académico en el sistema binocular en sujetos universitarios de la UVA.* 1–13.
- Lourdes, D., Hernández, R., Vladimir, I. L., Ruiz, H., Oduardo, M. D., Loengrhy, I. D., & Arceo, I. (2013). Consideraciones actuales en la insuficiencia de convergencia. *Revista Cubana de Oftalmología*, 26(suppl 1), 642–652.
- Peñas, L. S. (2017). *Protocolo Para La Evaluación De La Función Vergencial En Un Examen Optométrico.*
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/64674/14TFG LORENA SORIA PEÑAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, C., Tirado, M., & Camacho, M. (2010). Cambios en la relación acomodación convergencia AC/A en el valor de las forias después de cirugía refractiva Lasik. *Ciencia y Tecnología Para La Salud Visual y Ocular*, 1, 65–73. <https://doi.org/10.19052/sv.830>
- Salas, H. (2019). *READAPTACIÓN SENSORIAL Y MOTORA EN PACIENTES CON BAJA VISIÓN.* 23(3), 2019.
- Toledo, F., & Faccia, P. (n.d.). *Manual práctico : optometría clínica.*
- Tomás, E. L., & Lozano, I. P. (n.d.). *Trabajo Fin de Grado Evaluación de pacientes preprébitas con problemas acomodativos tras la realización.*
- Tomás, E. L., & Lozano, I. P. (2019). *Trabajo Fin de Grado Evaluación de pacientes preprébitas con problemas acomodativos tras la realización.*
- Xiomara, A., Hernández, M., Yanet, A., Marin, P., & Reyes, Y. O. (2019). *ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO DISFUNCIONES ACOMODATIVAS Y BINOCULARES NO ESTRÁBICAS ENTRE LOS 16 Y 35 AÑOS DE EDAD ACCOMMODATIVE AND NON-STRABISMIC BINOCULAR DYSFUNCTIONS* .. 4, 33–45.

ANEXOS



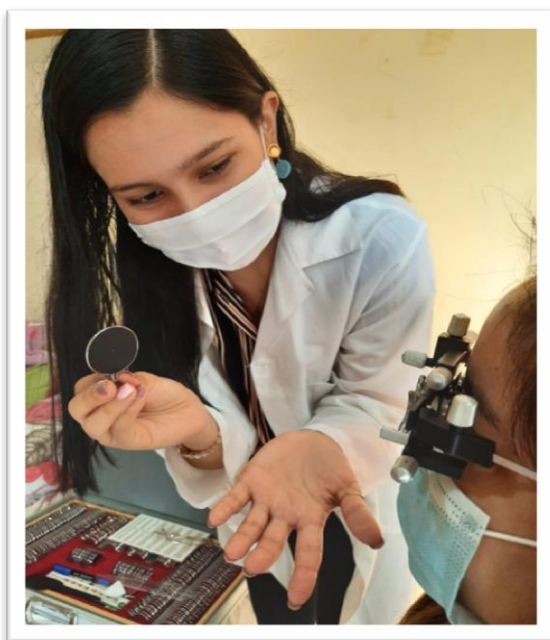
Datos personales de la paciente

Figura 1. (Joseline Cañizares Herrera)



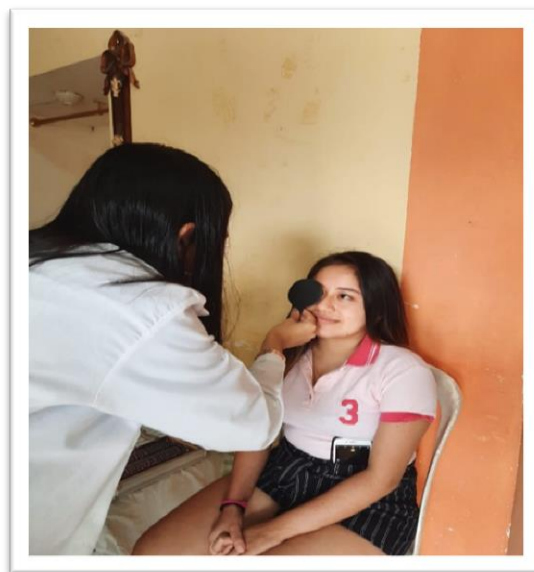
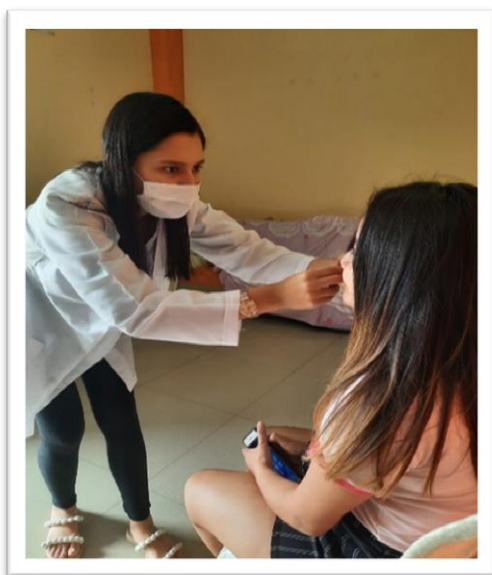
Evaluación de la Agudeza Visual

Figura 2. (Joseline Cañizares Herrera)



Valoración en el agujero Estenopeico

Figura 3. (Joseline Cañizares Herrera)



Movilidad Ocular

Figura 4. (Joseline Cañizares Herrera)



Cover test Alternante

Figura 5. (Joseline Cañizares Herrera)



Refracción

Figura 6. (Joseline Cañizares Herrera)



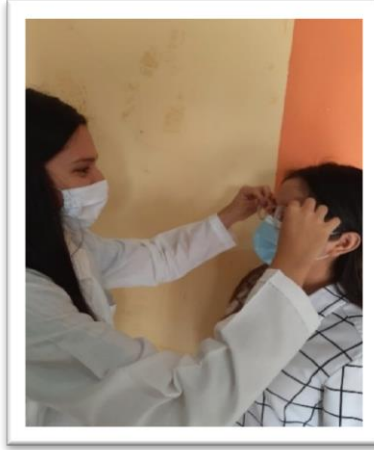
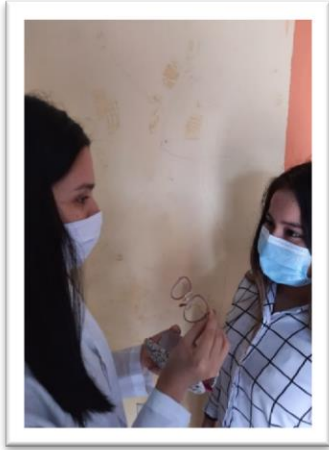
Prueba Ambulatoria

Figura 7. (Joseline Cañizares Herrera)



Toma de la distancia pupilar

Figura 8. (Joseline Cañizares Herrera)



Entrega del lente

Figura 9. (Joseline Cañizares Herrera)