



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OPTOMETRIA

COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIADA EN OPTOMETRÍA

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO
AMBLIOPÍA Y ESTRABISMO EN PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS

AUTORA

MARIUXI MARIFE MEDINA MORAN

TUTOR

DRA. MARIA VANESSA DELGADO CRUZ

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2022

DEDICATORIA

Cuando empecé esta carrera pensé en un gran desafío ante mí. Vi a mis compañeros con los mismos temores y dudas, pero con la fe y el entusiasmo de salir adelante.

Este trabajo lo dedico a mis padres porque con su apoyo logre seguir en este camino a veces difícil, a veces escabroso. Mi madre acompañándome en las largas noches de estudio, mi padre entregándome esa voz de aliento... mis hermanos que me dieron esas fuerzas para seguir luchando.

A mis docentes de mi amada Universidad Técnica de Babahoyo, a todos esos profesores que con amor y paciencia nos compartieron sus conocimientos y nos formaron como profesionales.

A mi tutora, por su guía en el presente trabajo, gracias por guiarme en este ultimo tramo. Mi corazón siempre llevara un pedacito de Ud.

Esto es más que un título, es un fragmento maravilloso de mi vida donde cada uno de Uds. formo parte.

Mariuxi

AGRADECIMIENTO

Este trabajo y cada una de los pasos que me condujeron a este punto se los debo a DIOS.

Gracias a Dios por permitirme llegar a este punto.

Por brindarme las fuerzas y el aliento para salir adelante.

Agradezco a mis padres por su ejemplo de trabajo y constancia, ellos siempre a mi lado
animándome...

Y hoy después de mucho tiempo puedo decir con mucha alegría:

¡Gracias Dios... lo logre!

Mariuxi

TEMA PROPUESTO

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS CON AMBLIOPIA Y ESTRABISMO

RESUMEN

Cuando no existe alineación en la mirada el paciente presenta un cuadro de estrabismo, esta situación implica incomodidad en quien la padece. Generalmente va asociada a la ambliopía, la cual se manifiesta como la pérdida de agudeza visual en un ojo.

El estrabismo por lo general se detecta en los primeros años de edad, presentándose diversos tipos en relación a la etiología, edad de detección y tratamiento adecuado.

En el presente caso clínico tratamos a un paciente masculino de 5 años con ambliopía y estrabismo, al cual se le realizaron los exámenes respectivos. Y se determinó que el estrabismo presente en el menor puede ser tratado mediante la implementación de lentes aéreos combinados con una terapia de oclusión ocular para mejorar los síntomas de ambliopía.

Palabras clave: ambliopía – estrabismo – agudeza visual – oclusión ocular - lentes

ABSTRACT

When there is no alignment in the gaze, the patient presents a picture of strabismus, this situation implies discomfort in those who suffer from it. It is generally associated with amblyopia, which manifests itself as loss of visual acuity in one eye.

Strabismus is usually detected in the first years of life, presenting various types in relation to the etiology, age of detection and adequate treatment.

In the present clinical case we treat a 5-YEAR-OLD MALE PATIENT WITH AMBLYOPIA AND STRABISMUS, who underwent the respective tests. And it was determined that the strabismus present in the minor can be treated through the implementation of aerial lenses combined with an ocular occlusion therapy to improve the symptoms of amblyopia.

Keywords: amblyopia – strabismus – visual acuity – ocular occlusion – glass.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
TEMA PROPUESTO.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
Capítulo 1.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
Ambliopía.....	10
Ambliopía estrábica.....	10
Ambliopía anisométrica:.....	10
Etiología.....	11
Causas de la Ambliopía.....	11
Diagnóstico.....	12
Tratamiento.....	13
Estrabismo.....	14
Tipos de estrabismo.....	15
Tratamiento.....	16
Justificación.....	18
1.1. Objetivo.....	19
1.1.1. Objetivo general.....	19
1.1.2. Objetivos específicos.....	19
1.2. Datos generales.....	19
Capitulo II.....	20
2. Metodología del diagnostico.....	20

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes	20
Historia clínica	20
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	20
Anamnesis	20
2.3. Examen físico	21
2.4. Información de exámenes complementarios	22
2.5. Formulación del diagnóstico	22
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar	22
2.8. Seguimiento.....	23
2.9. Observaciones	23
Bibliografía.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

En un mundo construido en función de la capacidad de ver, la visión, el más dominante de nuestros sentidos, es esencial en cada momento de nuestra vida. El recién nacido depende de la visión para reconocer a su madre y vincularse con ella; el niño pequeño, para adquirir equilibrio y aprender a caminar; el niño en edad escolar, para ir a pie a la escuela, leer y aprender; la mujer joven, para participar en la fuerza de trabajo; y la mujer mayor, para mantener su independencia. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Las afecciones oculares son muy comunes. Aquellas personas que vivan lo suficiente experimentarán al menos una enfermedad ocular en su vida. En todo el mundo, por lo menos 2.200 millones de personas padecen deficiencia visual o ceguera, y de ellas, al menos 1.000 millones tienen una deficiencia visual que podría haberse evitado o que aún no se ha tratado. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Entre las afecciones mas comunes entre los niños tenemos el estrabismo. El cual es un trastorno que se manifiesta cuando la persona enfoca o dirige su mirada a un punto y el ojo desvía su atención a otro punto, se lo conoce de manera vulgar como ojos bizcos.

En cambio, la ambliopía es cuando un uno de los ojos no trabaja de manera adecuada, y el cerebro deja de usar la visión del ojo vago. Debido a la pérdida de agudeza visual. Esta es una situación que se presenta en muchos niños debido a fallas en el desarrollo de los nervios ópticos.

Se han detectado que puede existir momentos donde ambos ojos puedan ser causa de estrabismo. Por tal razón mientras más temprana será su detección, se podrá proveer un tratamiento adecuado que permita al menor alcanzar un óptimo desarrollo de su visión.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Ambliopía

(gr ambos, amblyós opaco; Ops, visión). La ambliopía u “ojo Ops flojo”, se define clásicamente como la disminución de la agudeza visual sin anomalías anatómicas oftalmológicamente demostrables.¹ Puede ser unilateral o bilateral y es reversible cuando se toman las medidas de manejo oportunamente. (Hernández Ordóñez, Amaya Palafox, & De la Fuente Torres, 2001).

La ambliopía se clasifica principalmente dependiendo de su etiología, a saber:

- 1) Estrábica.
- 2) Anisométrica.
- 3) Ametrópica.
- 4) Nistagmus congénito.
- 5) Privación de estímulo.
- 6) Esenciales.

De éstas, las más frecuentes son por estrabismo y anisométrica.

Ambliopía estrábica: En esta situación sobre la fóvea desviada se proyectará un objeto que se superpondrá al diferente de la fóvea del ojo fijador. El mecanismo de adaptación a la confusión resultante es la ambliopía. (Hernández Ordóñez, Amaya Palafox, & De la Fuente Torres, 2001)

Ambliopía anisométrica: La ambliopía por detención (obstáculo al reflejo de fijación visual antes de llegar al desarrollo de una agudeza visual máxima, deteniéndose así su crecimiento) o de extinción (producida cuando existe una baja agudeza visual ya

lograda) originada por las condiciones ópticas propias de la anisometropía, puede presentarse aislada o asociada a estrabismos. (Hernández Ordóñez, Amaya Palafox, & De la Fuente Torres, 2001)

La falta de estímulo visual adecuado, por privación o exanopsia (ver. Catarata congénita, ptosis palpebral), durante las edades plástica de la visión, repercutirá tanto en la etapa de desarrollo como en el nivel adulto. (Hernández Ordóñez, Amaya Palafox, & De la Fuente Torres, 2001).

El desarrollo de la ambliopía está en la privación visual y la inhibición cortical activa, en las formas unilaterales se agrega un mecanismo competitivo agravador, resultado de la inhibición provocada por el ojo de menor visión, los estudios fueron realizados en animales recién nacidos; los resultados de estas experiencias muestran alteraciones en los cuerpos geniculados externos en las células que involucran al ojo ambliope. (Hernández Ordóñez, Amaya Palafox, & De la Fuente Torres, 2001).

Etiología

Es primordial saber que la AV se desarrolla desde que el niño nace hasta aproximadamente los 7-8 años que alcanza un nivel de adulto (Tabla I). El estímulo para que la visión se desarrolle correctamente es que la imagen llegue enfocada a la retina de cada ojo y, consecuentemente, una imagen nítida al cerebro. Por ello, cualquier patología que aparezca en este periodo de tiempo puede ocasionar una detención en el desarrollo visual y una ambliopía. (Merchante Alcántara, 2018)

Causas de la Ambliopía

Las causas más frecuentes de ambliopía son (1-3):

- En primer lugar, los estrabismos, ya que un 30% de los niños estrábicos sin tratar tendrán ambliopía (5). La cifra varía en función del tipo de estrabismo, siendo menor en los divergentes que en los convergentes (5). (Merchante Alcántara, 2018).

- Las anisometropías o diferencias de refracción entre AO, si son $>$ de 1,5 dioptrías (D) y no se corrigen precozmente, producen una ambliopía en el ojo de mayor defecto refractivo, ya que el cerebro del niño (al ser capaz de mandar solo una única e igual orden de enfoque a ambos ojos) escoge la visión del ojo con menor defecto, produciéndose un desenfoque en el ojo de mayor defecto (que no desarrolla bien su capacidad visual). (Merchante Alcántara, 2018).
- Las ametropías o defectos de refracción bilaterales importantes, si no se corrigen precozmente, producen ambliopías bilaterales, ya que la imagen no llega enfocada a la retina de AO. Generalmente, hipermetropías mayores de 6 D y astigmatismos mayores de 3 D; la miopía es teóricamente menos ambliopizante (al estar el ojo enfocado para cerca). (Merchante Alcántara, 2018).
- El nistagmus suele ocasionar una ambliopía bilateral y, con frecuencia, coexiste con grandes ametropías.
- Y, por último, las enfermedades oculares, como: ptosis palpebral, catarata congénita, lesiones corneales, lesiones retinianas, etc., que tienen en común la existencia de un factor orgánico asociado y producen una ambliopía por privación severa, ya que interfieren en el correcto desarrollo de la visión en los niños pequeños al privarles de la experiencia visual. Son ambliopías muy difíciles de resolver, pese al éxito anatómico del tratamiento de dichas alteraciones y, a veces, pueden afectar a ambos ojos. (Merchante Alcántara, 2018).

Evidentemente, la ambliopía puede ser consecuencia de un único factor etiopatogénico o de la suma de varios (p. ej.: estrabismo y anisometropía, nistagmus congénito y ametropía bilateral alta, etc.), lo que agrava el problema. (Merchante Alcántara, 2018).

Diagnóstico

Algunas formas de ambliopía pueden ser fácilmente detectadas por los padres, como: las causadas por un estrabismo evidente (ya que ven que el niño desvía un ojo) o por

ametropías bilaterales importantes (que pueden sospechar por un comportamiento visual anómalo: el niño no identifica los objetos o las personas a distancias lejanas, se acerca mucho a las cosas para verlas, se tropieza o se cae con frecuencia, no tiene interés por la TV o la lectura, entrecierra sus ojos para ver, etc.). (Merchante Alcántara, 2018).

Sin embargo, otras formas pueden no ser obvias para ellos y no se detectan hasta que se realiza al niño una revisión visual rutinaria, como: las causadas por un microestrabismo (pues el estrabismo es tan pequeño que no se aprecia estéticamente y pasa desapercibido) o por anisometropía (ya que el niño se desenvuelve con normalidad al ver bien con uno de los ojos). (Merchante Alcántara, 2018).

Para descartar la ambliopía (o sus causas antes de que la ocasionen), todos los niños deberían someterse a una exploración oftalmológica completa entre los 2,5 años y los 4 años de edad (cuanto antes, mejor) (1-3), aunque nadie les haya notado ningún problema visual. Y, con más razón, aquellos niños con antecedentes familiares de ambliopía o de patologías con mayor riesgo de padecerla, como: estrabismo, catarata congénita, etc. (Merchante Alcántara, 2018).

Si se observa en un niño, cualquier posible alteración dicha exploración oftalmológica debe ser inmediata. “Nunca es demasiado pronto para realizar una exploración oftalmológica en el niño, pero, a veces, puede ser demasiado tarde. (Merchante Alcántara, 2018).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es conseguir la mejor AV posible en cada ojo (es decir: 20/20, 1 o 100%). El estudio de la refracción (que se realizará siempre bajo cicloplejia) y la prescripción de la corrección (1-3) es el primer paso en el tratamiento de toda ambliopía. Su correcta realización mejora el desarrollo de la visión, ya que las ametropías son causa de ambliopía. Actualmente, el tratamiento preferente de la ambliopía (1-5) sigue siendo la oclusión total (no deja pasar la luz) con parche adherido

a la piel, permanente (las 24 horas del día) y asimétrica (más días el ojo bueno que el ojo ambliope). (Merchante Alcántara, 2018).

Es el tratamiento más efectivo (4,7), más rápido y más barato. La pauta depende de la edad del paciente, el grado de ambliopía y el tiempo de tratamiento (5). Así, cuanto mayor sea el niño, más profunda la ambliopía y más rápido queramos obtener resultados, más fuerte será el tratamiento. La máxima pauta que usamos para no tener una inversión de la ambliopía ni una ambliopía por privación es 1 semana por año de vida: en un niño de 1 año, lo máximo que ocluimos es 6 días el ojo bueno y 1 día el ojo ambliope; en un niño de 2 años, 13 días el ojo bueno y 1 día el ojo ambliope, etc. (Merchante Alcántara, 2018).

Cuando la oclusión no funciona (generalmente porque no se realiza bien), usamos la penalización óptica (6) del ojo bueno; que consiste en la prescripción de una corrección inexacta con el fin de impedir su utilización en la visión de lejos, de cerca o de ambas. (Merchante Alcántara, 2018).

Estrabismo

Existe ortoforia cuando ambos ejes visuales efectúan intersección a nivel del objeto fijado, de forma que su imagen se proyecta en la fovea de cada ojo. De este modo, el mismo objeto es visto simultáneamente en cada ojo bajo un ángulo distinto (debido a la distancia interpupilar). La fusión en la corteza occipital de esas dos imágenes ligeramente diferentes en una imagen única, da lugar a la visión estereoscópica (sensación de relieve o profundidad), característica fundamental de la visión binocular (VB) normal (1-3). (Merchante Alcántara, 2018)

Para que exista ortoforia en las distintas distancias y direcciones de la mirada, es necesario un correcto funcionamiento del aparato neuromuscular oculomotor. Cada ojo dispone de seis músculos: cuatro rectos [lateral (RL), medio (RM), superior (RS) e inferior (RI)] y dos oblicuos [inferior (OI) y superior (OS)] (1-3). (Merchante Alcántara, 2018)

La acción del RL es la abducción (mover el ojo hacia fuera) y la del RM, la aducción (mover el ojo hacia dentro). La principal acción del RS es la elevación (mover el ojo hacia arriba); la del RI, la depresión (mover el ojo hacia abajo); la del OI, la exciclotorsión (rotar el ojo hacia fuera); y la del OS, la inciclotorsión (rotar el ojo hacia dentro). (Merchante Alcántara, 2018).

Foria es la tendencia latente a la mala alineación ocular, de modo que la desviación aparece solo con maniobras disociantes que dificultan la fusión, como la oclusión de un ojo (1-3). (Merchante Alcántara, 2018)

Estrabismo o tropia es la alteración del aparato oculomotor caracterizada por la desviación manifiesta de un eje ocular en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro ojo fija un objeto. Es un problema frecuente en niños, afectando al 2-5% de la población preescolar (1-3). Las desviaciones oculares que ocurren durante el primer mes de vida (consecuencia de la inestabilidad oculomotora) no indican necesariamente la presencia de una anomalía. Sin embargo, aquellas que persisten después de los 2-3 meses, deben considerarse patológicas (1-3). (Merchante Alcántara, 2018)

Tipos de estrabismo

El estrabismo se clasifica (1-3):

1. Según la dirección de la desviación:

- Estrabismo convergente o Endotropia: desviación hacia dentro.
- Estrabismo divergente o Exotropia: desviación hacia fuera.
- Hipertropia: desviación hacia arriba.
- Hipotropia: desviación hacia abajo. Y todas sus asociaciones.

2. Según su persistencia en el tiempo:

- Estrabismo constante: aparece de forma permanente.
- Estrabismo intermitente: aparece solo en un determinado campo o distancia de la mirada (de lejos o de cerca) o en determinadas circunstancias (enfermedad, nerviosismo, cansancio, etc.). Indica la presencia de cierto grado de VB normal, cuando el niño está en ortoforia. (Merchante Alcántara, 2018).

3. Según la preferencia o no por un ojo:

- Estrabismo alternante: se emplea indistintamente uno u otro ojo para fijar, mientras que el otro se desvía. El niño suprime la imagen del ojo desviado, pero al alternar los ojos, ambos desarrollan una visión semejante (pudiendo existir buena AV en ambos ojos). (Merchante Alcántara, 2018).
- Estrabismo monocular: solo se usa (o se prefiere) un ojo para la fijación y el otro se desvía constantemente. El niño es propenso a la ambliopía (más o menos profunda) en el ojo desviado. (Merchante Alcántara, 2018).

Tratamiento

El tratamiento de todo estrabismo debe comenzar con la corrección óptica de las posibles ametropías y el tratamiento de la ambliopía. (Merchante Alcántara, 2018)

Los objetivos del tratamiento del estrabismo son (1-3):

- Conseguir la mejor AV posible en cada ojo. Es el objetivo principal y prioritario.
- Alcanzar la mejor alineación ocular posible, para que no se les note desviar.

- Desarrollar la VB normal. Es el objetivo ideal y, en muchos casos, no se alcanzará. Influye mucho la edad de comienzo del estrabismo y el tiempo que transcurre hasta su tratamiento. (Merchante Alcántara, 2018).

El estudio de la refracción y la prescripción de la corrección (1-3) es el primer paso en el tratamiento de todo estrabismo. El estudio de la refracción lo realizamos bajo cicloplejia con ciclopentolato al 0,5% o al 1%, excepto en las endotropias con hipermetropía que utilizamos atropina al 1% (7). (Merchante Alcántara, 2018)

Su correcta realización y prescripción de la corrección tiene una doble consecuencia:

1. Sensorial: mejora el desarrollo de la visión, ya que las ametropías son causa de ambliopía.
2. Motora: tiene una actuación directa sobre el factor motor del estrabismo: en las endotropias con hipermetropía, su corrección total desde el primer momento puede hacer que desaparezca la desviación o que se reduzca a un límite donde no se plantee la cirugía (7). En las exotropias con miopía, su corrección total puede reducir el ángulo de desviación y mejorar su control (7). (Merchante Alcántara, 2018)

En el estrabismo, para tratar la ambliopía (1-3), no solo tenemos que recuperar la visión e igualar la AV en AO, sino también conseguir la alternancia para que no recidive la ambliopía (5) y el niño desarrolle la AV hasta 20/20 en AO: un niño de 4 años que ve 20/40 con cada ojo y alterna, a los 8 años llegará a ver 20/20 si sigue alternando; si domina un ojo, recaerá la ambliopía. Por ello, cuando ya hemos curado la ambliopía (con oclusión o penalización óptica), si existe una clara dominancia de un ojo (no hemos conseguido la alternancia), para evitar su recidiva, usamos una penalización ligera, una oclusión total intermitente (solo unas horas al día) o una oclusión parcial en el ojo director. Por último, realizaremos cirugía si el estrabismo sigue siendo evidente (al niño se le nota desviar) o existen posibilidades de recuperar la VB normal. (Merchante Alcántara, 2018).

JUSTIFICACIÓN

Cuando se detecta un estrabismo en un infante es necesario diagnosticar y realizar los exámenes que permitan aportar una solución a esta patología. Si bien es cierto en los bebés se produce un pseudo estrabismo que desaparece con el tiempo, por lo general entre los primeros seis meses de vida, existen casos donde este prevalece.

En los casos de estrabismo temporal su principal síntoma es la convergencia de la mirada, cuya causa principal es un tardío desarrollo del nervio óptico.

A medida que los bebés van creciendo, el estrabismo puede progresar y una de sus consecuencias es la ambliopía, muchos padres no le prestan la adecuada atención y esto genera problemas a la salud visual.

Si el niño manifiesta molestias, se restriega los ojos y su mirada no enfoca de manera adecuada es necesario implementar un tratamiento que permita evitar la progresión.

En el presente caso clínico el infante requiere un tratamiento que permita corregir los síntomas de ambliopía y estrabismo con el fin de mejorar su calidad de vida.

1.1. Objetivo

1.1.1. Objetivo general

- Identificar y proveer corrección a la pérdida de agudeza visual en ojo derecho del paciente objeto de estudio.

1.1.2. Objetivos específicos

- Examinar estado visual del paciente
- Identificar el estrabismo presente en paciente
- Implementar exámenes optométricos para prescribir tratamiento adecuado

1.2. Datos generales

Nombres	Juan Alberto Quimi Sánchez
Edad	5
Sexo	masculino
Ocupación	Estudiante de Educación Básica

CAPITULO II

2. Metodología del diagnostico

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Madre nos indica que el paciente ha presentado molestias al momento de realizar sus tareas cotidianas. El paciente indica que tiene problemas para ver de lejos, a veces le duele la cabeza, no puede jugar con normalidad. Presenta un estrabismo evidente en el ojo derecho.

Madre indica que no se le han realizado chequeos visuales y que presenta síntomas de estrabismo desde su nacimiento. Es la primera vez que se realiza un chequeo optométrico.

Historia clínica

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Madre presenta miopía y uso de lentes aéreos
Antecedentes oculares	Estrabismo detectado. Ambliopía
Antecedentes sociales	No refiere

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

Anamnesis

El niño es sietemesino. La madre indica que desde nacimiento se detectó el estrabismo sin embargo no ha recibido ningún tratamiento por motivos económicos. Se decidió a realizar el chequeo debido a que en las últimas semanas el niño presenta molestias en sus Actividades.

2.3. Examen físico

AGUDEZA VISUAL OBJETIVA

ARK	
OJO DERECHO	NO MARCA / 50.00 X 42.50 X 150
OJO IZQUIERDO	-1.00 -0.50 X 140 /42.50 42.75 X 150

AGUDEZA VISUAL SUBJETIVA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION	
OJO DERECHO	20/100
OJO IZQUIERDO	20/60

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION	
OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	20/30/J3

COVER TEST

La prueba del cover test indica que el ojo derecho no fija la mirada, no responde a estímulos. No sigue ni mantiene.

PPM – Posición primaria de la mirada

OD desviación de 20 grados nasal

OI valores normales

Fondo de Ojo

AO – presenta valores normales.

2.4. Información de exámenes complementarios

Retinoscopia

Examen de la retina

Pruebas de refracción.

Test de Hirschberg que nos permite identificar el grado de estrabismo.

Cover Test

2.5. Formulación del diagnóstico

Una vez que se analizaron los resultados de los exámenes se determina que el estrabismo presente en el menor puede ser tratado mediante la implementación de lentes aéreas combinados con una terapia de oclusión ocular para mejorar los síntomas de ambliopía.

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

Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales

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

El estrabismo puede ser tratado de varias formas, la más recomendada es la implementación de lentes con medida con el fin de aportar a mejorar la calidad de visión.

La terapia de oclusión mediante parches ayuda en los casos donde existe una desviación ocular. En el presente caso se le informo a la madre que una alternativa factible sería la operación.

2.8. Seguimiento

Para que los ojos del paciente recuperen su posición normal se le indica a la madre que el tratamiento a ser aplicado es de gran beneficio. Es un niño pequeño y su edad nos permite implementar este tratamiento con gran éxito. El uso de lentes con medida será una base para la correcta alineación de los ojos.

La ambliopía será tratada con parches. Se le indica que los controles serán de la siguiente manera

Control optométrico cada seis meses

Control oftalmológico anual

2.9. Observaciones

Se le indica a la madre que también se puede optar por la cirugía como alternativa definitiva.

Paciente muestra actitud positiva al uso de lentes.

CONCLUSIONES

- Cuando se detecta estrabismo lo ideal es proveer un tratamiento a temprana edad. Preferible antes de los 7 años puesto que a partir de esta edad el ojo pierde gradualmente agudeza visual debido a un incorrecto desarrollo.
- La ambliopía o síndrome del ojo vago puede ser tratado mediante el uso de parche, este método es efectivo porque al obstruir la visión en el ojo bueno se exige al ojo ambliope a trabajar más.
- Cuando un profesional optómetra encuentra casos graves de estrabismo puede derivar al oftalmólogo y sugerir la cirugía como medida correctiva.

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Ordóñez, T., Amaya Palafox, R., & De la Fuente Torres, M. (2001). Ambliopía. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, 54-56.

Merchante Alcántara, M. (2018). Ambliopía y estrabismo. *PEDIATRÍA INTEGRAL*, 32-44.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>

ANEXOS

Foto 1: prueba 1 al paciente



Foto 2: prueba 1 al paciente



Foto 3: evaluación 1

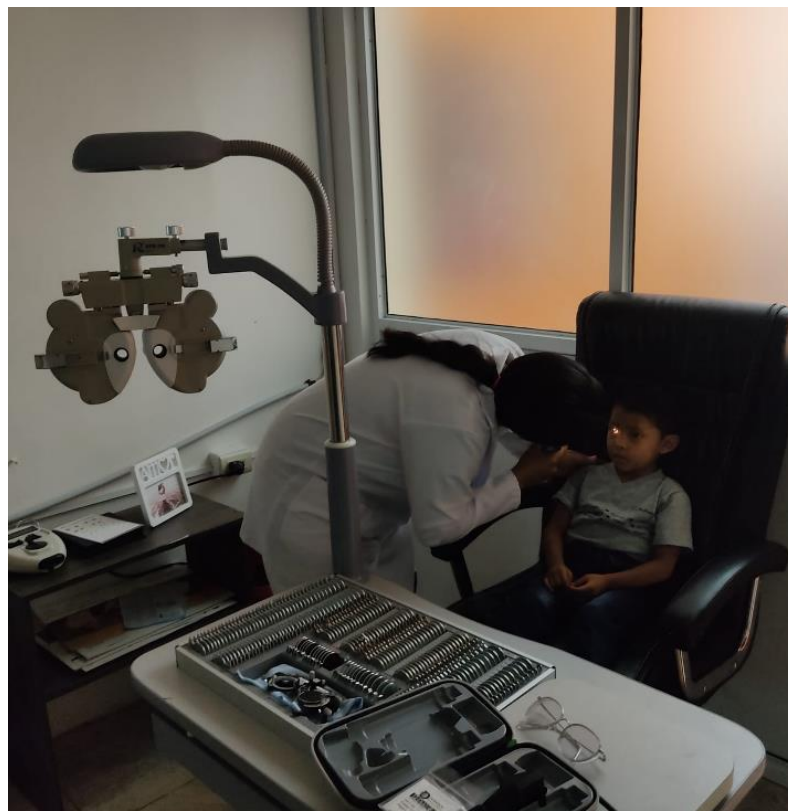


Foto 3: evaluación 1



Foto 3: evaluación 1



Foto 3: evaluación 1



Foto 3: evaluación 1



Foto 3: evaluación 1



Foto 3: evaluación 1

