



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE OPTOMETRÍA**



**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIA EN OPTOMETRÍA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO:**

**“ANISOMETROPIA EN PACIENTE DE 60 AÑOS QUE USA LENTES  
MONOFOCALES”**

**AUTORA:**

**ERIKA NAYELI GALARZA SOLIS**

**TUTORA:**

**DRA AIDA CASTRO POSLIGUA, PhD**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Este proyecto va dedicado para mi familia que siempre me han apoyado en todo mi vida Estudiantil, que apoyaron mis cualidades y pensaron en que tendré un buen futuro, también para aquellas personas que de una u otra manera me animaron y me dieron fuerzas para que no me rindiera ni me estancara en este arduo pero maravilloso camino que he trazado hasta ahora, pero sobre todo agradezco a cada una de esas personas por ser así conmigo, me enseñaron a probar mi fuerza de voluntad, a darme ganas de seguir adelante a pesar de todo, a crecer mentalmente y saber actuar ante cada situación y sobre todo demostrarme que estaba haciendo las cosas bien, no me rendí por eso y más este proyecto va dedicado a ustedes.

Una vez más reitero mis más grandes agradecimiento a mis padres, mi mejor amiga y mi tía que estuvieron apoyándome siempre , esto va dedicado a ellos y en especial a Dios .

ERIKA GALARZA SOLIS

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, le doy gracias a Dios por todas las experiencias que ha llegado a mi vida, también agradezco a mis padres , tía y amistades en especial a mis dos grandes amigas desde el colegio que fueron quienes estuvieron conmigo desde el principio y siguen aquí conmigo, siendo mi apoyo emocional, motivacional, hasta económico porque sin ellos no hubiese podido llegar hasta este trayecto de mi vida universitaria; aunque también me han visto equivocarme, pero siguieron conmigo y agradecerles es lo mínimo que puedo hacer por ser ese pilar en mi vida.

También quiero hacer un agradecimiento a mi persona porque me di ánimos cuando sentía que no podía , porque me propuse a seguir a pesar de cualquier adversidad , problema u enfermedad , a familia amigos o personas que conocí y trate solo por aquel momento pero que me dieron palabras de aliento que siempre recuerdo y llevo conmigo les agradezco infinitamente porque sin ellos no hubiese podido crecer de manera profesional , personal y sentimental y por último y no por eso menos importante quiero agradecer a cada docente que conocí y trate de la Universidad Técnica de Babahoyo durante todos estos años de aprendizaje, sin cada uno de ustedes no sería el gran profesional que soy ahora, aunque la relación estudiante-docente tiene sus altos y bajos, pero de verdad gracias por todo el conocimiento impartido durante mi estadía en la universidad. ¡Gracias!

**ERIKA NAYELI GALARZA SOLÍS**

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	3
<b>TEMA DEL CASO CLINICO:</b> .....	6
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUCCION</b> .....	9
<b>I. MARCO TEORICO</b> .....	11
<b>Evolución de la visión con la edad</b> .....	11
<b>Agudeza visual</b> .....	11
<b>Anisometropía</b> .....	12
<b>Clasificación de las Anisometropía</b> .....	12
<b>Causas de la Anisometropía</b> .....	15
<b>Sintomatología de la Anisometropía</b> .....	15
<b>Lentes monofocales</b> .....	16
<b>1.1. JUSTIFICACION</b> .....	18
<b>1.2. OBJETIVOS</b> .....	21
<b>1.2.1. Objetivo general</b> .....	21
Establecer la causa de la ANISOMETROPIA en paciente de 60 años que usa lentes monofocales. ....	21
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	21
<b>1.3. DATOS GENERALES</b> .....	21
<b>II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	22
<b>2.1. Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial     clínico del paciente</b> .....	22
<b>2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la     enfermedad actual (anamnesis)</b> .....	22
<b>2.3. Examen físico (exploración física)</b> .....	23

<b>2.4. Información de exámenes complementarios realizados .....</b>	<b>25</b>
<b>2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</b>	<b>25</b>
<b>2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....</b>	<b>25</b>
<b>2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales. ....</b>	<b>26</b>
<b>2.8. Seguimiento.....</b>	<b>27</b>
<b>2.9. Observaciones .....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>28</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

**TEMA DEL CASO CLINICO:**

“ANISOMETROPIA EN PACIENTE DE 60 AÑOS QUE USA LENTES  
MONOFOCALES”

## **RESUMEN**

La anisometropía es la condición en la que existe diferencia en el error refractivo entre ambos ojos. Se considera un límite de tolerancia para la anisometropía de 2 dioptrías entre un ojo y otro. La anisometropía según su etiología puede ser congénita o adquirida. La congénita es incitada por glaucoma, catarata, entre otras alteraciones oculares congénitas y por la aparición de errores refractivos dispares de forma congénita (miopía, hipermetropía y astigmatismo). La anisometropía adquirida se produce cuando existe una diferencia en el estado refractivo entre cada ojo durante el tratamiento, otras causas también pueden ser la afaquia o pseudoafaquia. Además, teniendo en cuenta la contribución de los componentes oculares, la anisometropía se puede clasificar como tipo anisometropía axial, esta se refiere a la diferencia entre la longitud axial de cada uno de los ojos, teniendo como mayor influencia en la anisometropía, sobre todo en casos de personas con anisometropías severas.

Como tratamiento para este tipo de enfermedad visual se le realiza al paciente un examen para determinar el daño que tiene sus vistas, una vez obtenido el resultado del examen se pasa a cambiarle los lentes monofocales por los adecuados para contrarrestar su problema y evitar mayores complicaciones, lo que contribuye a mejorar la condición de la salud visual del paciente.

### **PALABRAS CLAVES:**

Ambliopía – Anisometropía – Agudeza visual – monofocal- afaquia.

## **ABSTRACT**

Anisometropia is the condition in which there is a difference in the refractive error between the two eyes. A tolerance limit for anisometropia of 2 diopters between one eye and another is considered. According to its etiology, anisometropia can be congenital or acquired. The congenital one is prompted by glaucoma, cataract, among other congenital ocular alterations and by the appearance of uneven refractive errors in a congenital way (myopia, hyperopia and astigmatism). The anisometropia obtained occurs when there is a difference in the refractive state between each eye during treatment, other causes may also be aphakia or pseudoaphakia. In addition, taking into account the contribution of the ocular components, anisometropia can be classified as an axial anisometropia type, this refers to the difference between the axial length of each one of the eyes, having the greatest influence on anisometropia, especially in cases of people with severe anisometropia.

As a treatment for this type of visual disease of the patient, an exam is performed to determine the damage to their views, once the result of the exam is obtained, the monofocal lenses are changed to the appropriate ones to counteract their problem and avoid major complications., which contributes to improving the condition of the patient's visual health.

### **KEYWORDS:**

Amblyopia – Anisometropia – Visual acuity – monofocal- aphakia

## INTRODUCCION

La visión es uno de los elementos principales o fundamentales al proceso de la interacción humana pues el mantener el correcto cuidado visual permite una calidad de vida y bienestar propia. En algunos casos se presenta por defectos refractivos o patologías que afecta a la visión. Entre estas tenemos la anisometropía.

- Anisometropía por la presencia de un error refractivo diferente en cada ojo.
- Anisometropía por una diferencia grande de dioptrías en la graduación de ambos ojos.

La Ambliopía es la disminución de la agudeza visual en un ojo sin que se muestren daños patológicos u orgánicos que se puedan demostrar, es recuperable a una edad apropiada.

Como tratamiento a este tipo de enfermedad se debe conformar que el paciente presente con este tipo de problemas visuales, como la alteración de la agudeza visual, se debe acudir a un oftalmólogo con el objetivo de encontrar el tratamiento adecuado a su patología.

Luego Realizar el cambio de lentes monofocales por otros lentes adecuados con su problema visual, aunque con el tiempo debe ir acostumbrándose a los lentes nuevos puede tener lagrimeos, se lo puede contrarrestar con gotas de colirio por vista. Como último logro se espera que el paciente se sienta mejor y alcanzar los objetivos trazados.

El presente estudio de este caso es de un paciente sexo masculino de 60 años que no tuvo un diagnostico precoz de la anisometropia que presenta.

En este trabajo representamos la importancia de un diagnóstico oportuno para proveer un cuidado y chequeo de la salud visual , es importante saber y recomendar a estos pacientes que asistan de manera regular a chequeos optométricos para llevar un adecuado control.

## **I. MARCO TEORICO**

### **Evolución de la visión con la edad**

La sutileza visual del recién nacido está por debajo del 0.1 debido a la inmadurez de los focos visuales en el cerebro incluido el núcleo geniculado lateral y la corteza estriada. Luego en unas semanas, se produce la estimulación retiniana y el desarrollo de las conexiones corticales causando un gran avance de la agudeza visual. A las 4 semanas se forma la fijación central. A las 6 semanas surgen las respuestas opto cinéticas. Designándose periodo crítico del desarrollo visual la etapa que va desde el nacimiento hasta los 2 o 3 meses de vida, logrando la unidad entre los 3 y 6 años de vida. (Almeida, 2018)

### **Agudeza visual**

Es la capacidad de resolución espacial de la visión. El grado de la agudeza visual, dependerán de la sensibilidad de la retina del ojo, del funcionamiento normal del nervio óptico, y de los nervios del cerebro que son los encargados de la visión. La agudeza visual muestra el grado de capacidad del ojo para divisar los detalles del espacio, y su valoración es el método más óptimo para conocer el tratamiento de las funciones visuales. (Almeida, 2018)

Para conocer la capacidad que tiene el ojo de guiar una imagen nítida en la retina se han diseñado muchas pruebas. Todas reconocen que las demás partes del sistema visual son normales y que el ideal parámetro anormal es un trastorno en la refracción, se refiere, un trastorno óptico, como ametropías o aberraciones ópticas. (Almeida, 2018)

## **Anisometropía**

Se refiere a la diferencia del estado refractivo de los dos ojos de una misma persona. La diferencia de alteración de los dos ojos proyecta problemas que en su mayoría son inexplorados por los sujetos que la padecen y de los que están en su entorno. La anisometropía está estimada como el factor más ambliogénico. Puesto que en la anisometropía existe diferencia de claridad y contraste entre las imágenes retinianas en ambos ojos y diferencia de tamaño si está corregida. (Sarabia, 2014)

### **Clasificación de las Anisometropía**

Dentro de estas clasificaciones se menciona lo siguiente:

Anisometropía Esférica. - Es cuando hay una diferencia refractiva esférica entre ambos ojos. Según (Sarabia, 2014) En este tipo de anisometropía se dan los siguientes tipos:

- “Ambos ojos miopes de diferente valor
- Un ojo miope y el otro emétrope
- Un ojo emétrope u el otro hipermétrope (antimetropía).
- Los dos ojos son hipermétropes de diferente valor.
- Cuando la anisometropía se produce porque un ojo es miope y el otro hipermétrope, recibe la denominación de antimetropía.”

Anisometropía Cilíndrica. - Se da cuando la diferencia de refracción entre ambos ojos es únicamente de tipo astigmático.

Anisometropía Esfero cilíndrica. - Se trata sobre la diferencia de refracción que tiene un componente esférico y un componente cilíndrico. En esta fase el astigmatismo desempeña un papel esencial en muchos casos. (Galan, 2022)

La anisometropía dependerá de la longitud axial del ojo o de la potencia dióptrica de los elementos óptico, en la siguiente clasificación:

a. Anisometropía axial. - Se refiere al resultado de la diferencia en la longitud del eje anteroposterior del globo ocular.

b. Curvatura. - Se trata a la diferencia en el índice de refracción de los ojos o en la curvatura de la superficie ocular.

c. Anisometropía mixta. - Es una combinación entre un componente axial y un componente refractivo.

Atendiendo a los diferentes estados refractivos se clasifican según (Oftalvist, 2021):

“Esférica:

- Isoanisometropía: los dos ojos miopes o hipermétropes.
- Antimetropía: un ojo miope y otro hipermetrope.
- Un ojo emétrope y otro amétrope.

Cilíndrica: Contradicción en la potencia del cilindro (el mismo signo en ambos ojos)

Esferocilíndrica: Diferencia entre esfera y cilindro.

Podemos encontrar un ojo emétrope y otro amétrope ya sea esférico o cilíndrico.

Entre otras clasificaciones:

- Axial (longitud del eje antero posterior distinto).
- De curvatura (curvatura del ojo diferente).

- Mixta (axial y de curvatura).
- Congénita.
- Adquirida.”

(Serrano, 2015) realiza una clasificación sobre la anisometropía:

“Axial. - Se trata sobre el resultado de la diferencia en la amplitud del eje anteroposterior del globo ocular.

Refractiva es por la diferencia en el índice de refracción de los ojos o en la curvatura de la superficie ocular.

Según su aparición:

Congénita: por error en refracción.

Adquirida: por traumatismo, cirugía, etc.

Además, puede clasificarse según el defecto refractivo:

- Hipermetrónica: simple existe cuando un ojo es hipermetrope y el otro emetrope.
- Hipermetrónica: compuesta es cuando ambos son hipermetros.
- Miópica: simple se trata cuando un ojo es miope y el otro emetrope.
- Miópica: compuesta es cuando ambos son miopes y Antimetrónica cuando un ojo es miope y el otro es hipermetrope.

Por su grado puede clasificarse de la siguiente manera:

- Leve: 1.00 a 3.00 dioptrías.

- Moderada: 3.25 a 6.00 dioptrías.

- Severa: más de 6.00 dioptrías.”

## **Causas de la Anisometropía**

La anisometropía se presenta por las siguientes causas:

- Congénita
- Adquirida

Congénita. – Cuando se presenta de manera hereditaria, prenatal o por lesiones en el parto o por patologías como glaucoma congénito primario unilateral, parálisis del III PAR, ptosis, traumas.

Adquirida. - Se puede presentar por traumatismo ocular que provoque astigmatismo, catarata unilateral, afaquia monocular primario, queratocono, cirugía. (Valdearenas, 2018)

## **Sintomatología de la Anisometropía**

Entre los aspectos más importantes están:

Agudeza visual - Se refiere cuando ambos ojos presentan una diferencia de error refractivo elevada, en la que un ojo ve bien y el otro apenas, la visión de este no afecta la visión del otro; sin embargo, cuando el uno tiene una buena visión y el otro algo menos; se puede dar que la visión borrosa de éste último moleste a la del ojo bueno, entonces el sujeto cierra involuntariamente uno de los ojos. (Gomez, 2017)

Los síntomas y signos radican en la visión borrosa, dificultad para leer, reducción del campo visual, astenopia, diplopía, supresión, ambliopía, estrabismo. Cuando una persona con anisometropía jamás ha utilizado gafas o lentes de contacto, los síntomas que puede experimentar son pocos o ninguno. (Gomez, 2017)

## **Lentes monofocales**

Los lentes monofocales siguen siendo una opción popular para la corrección de la visión, aunque los avances en la tecnología de lentes intraoculares han dado lugar a una variedad de opciones más avanzadas.

Los lentes intraoculares monofocales fijan la distancia focal y están diseñados para enfocar en un solo punto. Por lo tanto, si se implanta un lente monofocal en el ojo, el paciente probablemente necesitará usar gafas para ver objetos cercanos o para tareas de lectura.

En cuanto a la clasificación de los lentes monofocales, la diferencia entre los lentes plegables y rígidos radica en la forma en que se insertan en el ojo. Los lentes plegables se insertan en el ojo a través de una incisión mucho más pequeña que los lentes rígidos, lo que reduce la necesidad de suturas y el tiempo de recuperación postoperatorio.

En general, los lentes monofocales son una opción eficaz para la corrección de la visión, aunque es importante tener en cuenta que es posible que se necesiten gafas para tareas de lectura o para ver objetos cercanos después de la cirugía. Hablar con un oftalmólogo puede ayudar a determinar si los lentes monofocales son la opción adecuada para cada paciente.

Los lentes de lectura son una herramienta muy útil para la corrección de la visión cercana, especialmente en personas emétopes o con ametropías muy bajas. Estos lentes monofocales están diseñados para corregir la presbicia, que es la dificultad para enfocar objetos cercanos que se produce con el envejecimiento.

Sin embargo, si la persona también tiene una ametropía (miopía, hipermetropía o astigmatismo) que afecta su visión de lejos, necesitará usar lentes diferentes para la visión cercana y la visión lejana. En este caso, se pueden usar lentes bifocales o

progresivas, que tienen una zona inferior para la visión cercana y una zona superior para la visión lejana.

Es importante destacar que la elección del tipo de lente depende de la necesidad visual de cada persona y debe ser prescrita por un especialista en oftalmología o optometría después de una evaluación completa de la visión.

## 1.1.JUSTIFICACION

La anisometropía es una condición visual en la que cada ojo presenta un error refractivo diferente. Esto significa que un ojo puede ser más miope, hipermetrope o astigmático que el otro. La diferencia en la graduación de los dos ojos puede ser pequeña o grande, y cuanto mayor sea la diferencia, más grave será el impacto en la visión binocular

La diferencia en la refracción puede ser causada por una variedad de factores, como una longitud axial diferente del ojo, una forma diferente del ojo o una curvatura diferente de la córnea.

Cuando la anisometropía es significativa, puede causar problemas de visión binocular, que es la capacidad de ambos ojos para trabajar juntos como un equipo. Debido a que cada ojo está enfocando la luz de manera diferente, el cerebro tiene dificultades para fusionar las imágenes de los dos ojos en una sola imagen tridimensional, lo que puede provocar visión doble, fatiga ocular y problemas de percepción de profundidad.

La anisometropía también puede causar otros problemas visuales, como ambliopía o "ojo perezoso", donde el cerebro favorece el ojo que tiene una mejor visión y suprime la información del otro ojo. Si se detecta temprano, la anisometropía puede ser tratada con gafas, lentes de contacto o cirugía refractiva para ayudar a igualar la refracción en ambos ojos y mejorar la visión binocular.

La ambliopía anisométrica es uno de los casos más frecuentes en lo que respecta las visitas optométricas u oftalmológicas, se ha vuelto común detectar este tipo de

afección a la salud visual. El ojo con mayor refracción frecuentemente se desvía hacia dentro o hacia fuera.

La ambliopía sin tratamiento alguno puede producir la pérdida total y permanente de la visión, de ahí proviene el interés del análisis y desarrollo de este caso clínico para conseguir un diagnóstico claro y conciso, pero lo más relevante es dar un tratamiento adecuado a las molestias visuales que se presentaron en la paciente estudiada.

Se resalta que muchas veces la anisometropía que no ha sido diagnosticada y no ha sido tratada correctamente puede tener como consecuencia la pérdida total y permanente de la visión. En el presente caso el paciente de 60 años ha sido diagnosticado de anisometropía hace 4 años y como tratamiento le dijeron que debía usar lentes monofocales, estos lentes están caracterizados por tener una sola graduación en todo el lente.

Estoy de acuerdo en que la colaboración entre un optometrista y un oftalmólogo puede ser crucial para brindar un tratamiento adecuado y completo a los pacientes con problemas visuales.

El estudio de casos clínicos es una herramienta valiosa para la educación y la práctica de la medicina y la optometría. El caso clínico presentado es factible ya que cuenta con los recursos necesarios para realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Además, el caso proporcionará información útil sobre la aniseiconía, una condición poco común que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes.

La identificación de las causas, síntomas, tipos, diagnóstico y tratamiento de la aniseiconía puede ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor la

condición y proporcionar un mejor cuidado a los pacientes. Al evaluar el caso, los profesionales de la salud podrán aplicar conocimientos científicos para establecer un diagnóstico preciso y formular un plan de tratamiento individualizado que aborde las necesidades específicas de la paciente.

La paciente es el principal beneficiario del caso clínico, ya que recibirá una evaluación y un tratamiento adecuado para su padecimiento. Además, el caso proporcionará información útil a la universidad y al centro oftalmológico para mejorar la educación y la atención al paciente en el futuro. En general, el caso clínico tiene el potencial de mejorar la comprensión y el cuidado de la aniseiconía, lo que puede beneficiar a los pacientes que sufren de esta condición en todo el mundo.

## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1. Objetivo general

Establecer la causa de la ANISOMETROPIA en paciente de 60 años que usa lentes monofocales.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- ◆ Determinar el actual estado de salud visual del paciente de 60 años de edad.
- ◆ Realizar el seguimiento del caso clínico para evidenciar la evolución de la patología.
- ◆ Evaluar el tratamiento aplicado al paciente con anisometropía, para lograr proponer alternativas que permitan mejorar la salud visual de forma eficiente y eficaz

## 1.3. DATOS GENERALES

NOMBRE	NR
EDAD	60 años
SEXO	Masculino
OCUPACION	Ingeniero Agrónomo
ESTADO CIVIL	Casado
RAZA	Mestizo
NIVEL ECONOMICO	Medio

## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de 60 años de edad sexo masculino acude a consulta optométrica para la realización de un chequeo visual rutinario del ojo derecho (OD) que ya desde hace algún tiempo le viene provocando molestias. Manifiesta que está utilizando lentes monofocales desde hace 4 años atrás, pero ya no visualiza bien ni con los lentes. Presenta cefalea al momento de utilizar equipos electrónicos y dificultad al leer.

Se le indica que debe hacerse nuevos lentes porque los que tiene en uso ya tienen mucho tiempo en uso, y cada cierto tiempo debe de renovar sus lentes, con los respectivos chequeos.

#### Historial clínico del paciente

Antecedentes patológicos oculares		Agudeza visual en su ojo derecho, Anisometropía.
Antecedentes familiares	patológicos	Madre: Diabética Padre: Hipertenso
Antecedentes personales	patológicos	No refiere
Antecedentes personales	quirúrgicos	No refiere

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

En la consulta el paciente manifestó que fue diagnosticado con anisometropía hace 4 años, cuando él tenía 56 años de edad, le realizaron sus análisis

correspondientes y le diagnosticaron disminución de su agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) lo cual le indicaron utilizar lentes monofocales.

Nos menciona que desde hace 4 años cuando le diagnosticaron su afección en la vista no ha asistido a sus controles regularmente y no ha ido a renovar sus lentes, ni se ha revisado sus vistas como están hasta el momento.

En el interrogatorio menciona que tiene demasiada dificultad para ver de lejos y de cerca, lo que más le preocupa es que en los últimos meses ha notado que le arden y le lagrimean en exceso los ojos, al momento de utilizar equipos electrónicos, leer un libro o el periódico presenta cuadros de dolor de cabeza tipo migrañas.

Por lo que se le realiza una biomicroscopia, donde brinda los siguientes resultados: ojo derecho, cornea clara cámara formada pupila reactiva cristalino subcapsula R+ fondo de ojo normal. Ojo izquierdo cornea clara cámara formada pupila reactiva cristalino normal fondo de ojo normal.

Examen físico regional: Agudeza visual.

- Ojo derecho 20/400 -3.00 -1.00 \* 55.

- Ojo izquierdo 20/40 N - 0.40 \*75.

### **2.3. Examen físico (exploración física)**

Se realiza la exploración física y se determina que el paciente presenta hiperlaxitud palpebral, lo cual es común por la edad y que sus globos oculares están semi duros ante la palpación palpebral.

AVSC	
OD	20/400

OI	20/40
----	-------

AVCC	
OD	20/50
OI	20/30

***Examinación del paciente:***

- AUTOREFRACTOMETRO

OD -4.00 – 5.00 x 172°

OI +2.25 – 0.75 x 1'0°

Este proceso nos permite medir de forma automática, la graduación aproximada que presenta el ojo de un paciente.

- REFRACCION SUBJETIVA

OD -3.25 -2.25 X 177°

OI +1.25

Consiste en averiguar el error refractivo con el que llegamos a obtener la máxima visión de ese ojo. En el ojo derecho (OD) tenemos medidas negativas que se corrige con lentes divergentes, la Miopía se corrige mediante medidas divergentes en cambio en el ojo izquierdo(OI) tenemos una medida positiva que se corrige con una lente convergente.

#### **2.4. Información de exámenes complementarios realizados**

El paciente acudió al oftalmólogo por referencia del optometrista, el cual lo examinó y confirmó el diagnóstico ya establecido, reenviándolo donde el optometrista para que le haga sus respectivos controles y así brindarle la mejor solución para su problema visual. Se le realizó las siguientes pruebas complementarias:

- Prueba de Schirmer: resultado: buena calidad de lagrimeado.

Esta prueba se realiza utilizando una tira de papel especial que se coloca en la parte inferior del párpado de cada ojo por un lapso de tiempo de 5 minutos.

- Fondo de ojo: resultado: normal.

Previo a la observación se visualizó que el nervio óptico, mácula, retina y vasos se presentan en estado normal.

#### **2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

Ya finalizados sus exámenes optométricos y oftalmológicos se descartó y diferencio varias enfermedades presentes en el fondo ocular.

- Diagnóstico presuntivo: Basándose en la anamnesis y exámenes físicos, presenta síntomas como dolor de cabeza y visión borrosa.
- Diagnóstico diferencial: Progresión de su agudeza visual.
- Diagnóstico definitivo: Luego de todos los análisis, exámenes y revisiones se llegó al diagnóstico definitivo: anisometropía en ojo derecho.

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

La anisometropía es de causa congénita que se puede causar a temprana edad o a una edad avanzada. Las cefaleas constantes son originadas por la agudeza

en su ojo derecho y los estados refractivos diferentes, que no le permite visualizar ni leer correctamente y estaba forzando su vista.

En la siguiente tabla, se describe que es cada patología y de qué manera se lleva a cabo la operacionalización de cada una:

<p style="text-align: center;"><b><i>Agudeza Visual</i></b></p> <p>Es la capacidad de nuestro sistema visual para distinguir detalles de forma nítida a una distancia y condiciones determinadas.</p>	<p style="text-align: center;">Optotipos</p>
<p style="text-align: center;"><b><i>Anisometropía</i></b></p> <p>Es la condición refractiva binocular en la que el error refractivo de un ojo difiere del otro.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen objetivo</li><li>• Examen subjetivo<ul style="list-style-type: none"><li>• Test visual</li></ul></li></ul>

## **2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.**

Los procedimientos realizados en el paciente permiten una mejor comprensión de su estado actual y así facilita que acción tomar, cual es el mejor tratamiento para su alteración visual presente. En este proceso se destaca la intervención del optometrista el cual dio una derivación para el oftalmólogo, que él será el que brindará una solución para recuperar la visión del paciente y evitar que deje su tratamiento.

Este caso trata sobre los estados refractivos diferentes de las vistas y su agudeza en el ojo derecho. El tratamiento aplicado en el paciente es terapia visual y uso de lunas esfero cilíndricas negativas para la corrección de su problema visual.

## **2.8. Seguimiento**

Al inicio se le recomienda al paciente el cambio de lentes y regrese a los 15 días de su última valoración, para evaluar la tolerancia a los lentes. Una vez que se confirme la tolerancia adecuada se le indica que debe ir a controles cada tres meses para constar que sus medidas refractivas se estabilicen y se puede tener como resultado su corrección.

Una vez estabilizados las medidas, las visitas serán menos frecuentes, es decir que debe acudir a la consulta una vez al año.

## **2.9. Observaciones**

Cuando se presenten este tipo de problemas de salud visual, como es la alteración de su agudeza visual, es necesario acudir al Optómetra u oftalmólogo con el fin de implementar un tratamiento adecuado para su patología.

El paciente nos refería en sus controles que, con los cambios de lentes, aun tenia lagrimeos constantes, pero ya menos frecuentes que antes del cambio, su lagrimeo se producía por una reacción alérgica leve al polvo, así que se le receto usar gotas de colirio dos gotas por vista, cada 8 horas al día. Hasta que vaya disminuyendo su lagrimeo, luego lo usara por cada 12 horas.

El paciente manifiesta sentirse bien, ha cumplido con el tratamiento que se le estableció y se han logrado resultados satisfactorios.

## CONCLUSION

Luego del análisis del caso clínico presentado se puede establecer que la causa de la ANISOMETROPIA en el paciente es por una ligera ambliopía no detectada a tiempo, una diferencia refractiva diagnosticada muy tarde para poder recuperar la agudeza visual y la graduación refractiva.

La anisometropía y la ambliopía son afecciones que pueden afectar la calidad visual de los pacientes. Es importante realizar chequeos regulares con un optometrista u oftalmólogo para detectar cualquier problema temprano y proporcionar tratamiento adecuado.

Los exámenes regulares realizados por un optometrista u oftalmólogo son importantes para detectar problemas temprano y comenzar el tratamiento adecuado. Un examen optométrico reveló que la ambliopía anisométrica temprana no reconocida fue la causa de la pérdida visual en un paciente de sexo masculino de 60 años que usaba lentes monofocales. Para evaluar el tratamiento en pacientes anisométricos, debe medirse la mejora de la agudeza visual y la reducción de la diferencia de escala binocular.

Si no se observa una mejora significativa, se pueden sugerir tratamientos alternativos. Cambiar el tipo de lente utilizado o someterse a una cirugía refractiva. En resumen, tratar el caso de un paciente de 60 años con anisometropía requiere un examen optométrico completo, determinación de la causa de la anisometropía y seguimiento del caso clínico para valorar y evaluar la evolución del problema refractivo.

Un proceso utilizado para sugerir alternativas cuando sea apropiado. Todos ellos encaminados a mejorar la salud visual del paciente de forma eficiente y eficaz. En este caso, la recopilación de resultados previos y posteriores a la consulta indicó el poder de la corrección de la visión y el tratamiento adecuado para el paciente. Esto significa que, gracias a la investigación en optometría, podemos identificar y corregir las causas de la mala visión de nuestro paciente, mejorando su calidad de vida y evitando la posibilidad de pérdida permanente de la visión.

## Referencias bibliográficas

- Almeida, M. (2018). Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4861/P-UTB-FCS-OPT-000008.pdf;jsessionid=4FE47B592AE15A05BA29E47B419B72?sequence=1>
- Arroyo, R. (2015). Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/42950/1/T38818.pdf>
- Galan, M. (2022). Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/359385054\\_Anisometropia\\_miopica\\_Manejo\\_en\\_la\\_infancia](https://www.researchgate.net/publication/359385054_Anisometropia_miopica_Manejo_en_la_infancia)
- Gomez, P. (2017). Obtenido de <https://www.studocu.com/es/document/universidade-de-santiago-de-compostela/optometria-iii/opto-t12-pdf/11696136>
- Guerra, L. (2020). Obtenido de [https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/183807/TFG.%20LIO%20Monofocales\\_Luis%20Guerra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/183807/TFG.%20LIO%20Monofocales_Luis%20Guerra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Oftalvist. (2021). *Oftalvist*. Obtenido de <https://www.ofthalvist.es/blog/anisometropia-causas-tratamiento>
- Sarabia, N. (2014). Obtenido de <https://dspace.cordillera.edu.ec/bitstream/123456789/830/1/7-OPT-13-14-1710995588.pdf>
- Serrano, A. (2015). Obtenido de <https://dspace.cordillera.edu.ec/bitstream/123456789/314/1/18-OPT-14-15-1719440313.pdf>
- Valdearenas, M. (2018). Obtenido de <https://www.ofthalmologiav3.eloculista.es/images/SesionesUGC/012%20Anisotropia%20y%20Aniseiconia%20-%20MDVM.pdf>

## ANEXOS



Figure 1 Autorefractometro.



Figure 2 Lámpara de hendidura



Figure 3 Representación de un ojo anisométrico.

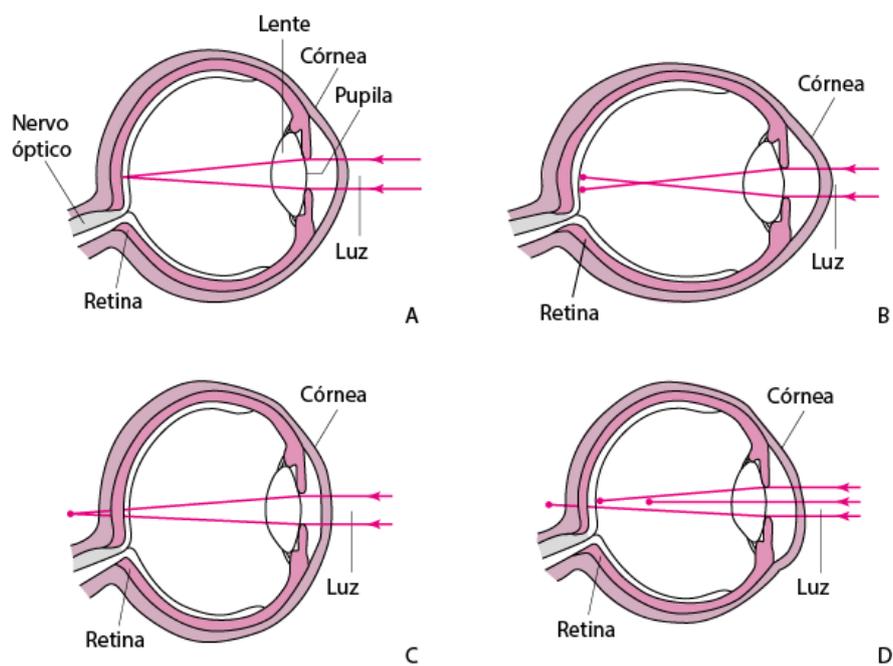


Figure 4 Esquema de un ojo humano y sus partes