



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE OPTOMETRÍA**



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

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**BLEFAROPTOSIS CONGENITA Y AMBLIOPÍA EN NIÑA DE 10 AÑOS DE
EDAD**

AUTOR

SR. ISAAC EMANUEL GONZALVO PEREZ

BABAHOYO-LOS RÍOS - 2017



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE OPTOMETRÍA



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDO. JHONNY GUSTAVO PALACIOS, MSC.
DECANA
O DELEGADO (A)

LCDO. JAVIER ANTONIO ZURITA GAIBOR, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

DRA. MARÍA AUXILIADORA LAMILLA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

AB. VANDA YADIRA ARAGUNDI HERRERA
SECRETARÍA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



DEDICATORIA

A mi madre

Quien fue la persona que me motivo a estudiar esta carrera.

ISAAC EMANUEL GONZALVO PEREZ

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento principal a Dios, a mis docentes, compañeros de clases y todas las personas que de una u otra manera han hecho posible que Yo culmine esta meta.

ISAAC EMANUEL GONZALVO PEREZ

INDICE

Portada	
Tribunal de Sustentación	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Tabla de Figuras	vi
Introducción	1
Marco Teórico	2
Desarrollo del Sistema visual en niños	2
Embriología del ojo	2
Desarrollo visual en el primer año de vida	5
Reflejos monoculares	6
Agudeza visual:	6
Las divergencias	6
Reflejos binoculares	7
Ptosis palpebral	7
Semiología de las ptosis.	8
Uní o bilateral	8
Signo de Bell.	8
Clasificación de las ptosis.	9
Ptosis congénitas	9
Ptosis congénita simple.	9
Ambliopía	10
CLASIFICACIÓN DE LA AMBLIOPÍA.- DE ACUERDO A LA ETIOLOGÍA	10
1. Estrabismo.....	10
2. Anisometropía	10
3. Ambliopía por privación	11
4. Nistagmus congénito	11
DIAGNÓSTICO DE LA AMBLIOPÍA	11

1. Fenómeno de amontonamiento	12
2. Influencia de la luminancia	12
3. Estereopsis	12
TRATAMIENTO	13
1. Corrección óptica	13
2. Oclusión	13
3. Penalización	14
4. Otros tratamientos	15
PRONÓSTICO	15
CONCLUSIONES DEL GRUPO PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES OCULARES PEDIÁTRICAS	
Justificación	18
OBJETIVOS:	18
GENERALES	18
ESPECÍFICOS	18
DATOS GENERALES	19
Metodología del Diagnóstico	19
Análisis del motivo de la consulta	19
Historial clínico del paciente	19
Anamnesis	19
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.	20
Exploración clínica	20
Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.	21
Conducta a seguir	21
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	21
Observaciones	21
Seguimiento	21
Conclusiones	22
Referencias Bibliográficas	23
Anexos	24

Tabla de Figuras

Figura. 1 Desarrollo visual.....	244
Figura. 2 Esquema orientativo sobre la magnitud en mm de la ptosis palpebral.....	244
Figura. 3. PTOSIS PALPEBRAL CONGÉNITA	255
Figura. 4. PARCHEOCLUSIVO: TRATAMIENTO GOLD STANDART DE LA AMBLIOPIA.....	255
Figura. 5. Educación visual	266

INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral congénita una de tantas alteraciones morfológicas en oftalmología, considerado más una alteración estética, sin saber que detrás de esa imperfección se puede esconder un serio problema de visión, que puede resultar seriamente incapacitante, ya que si no se resuelve tempranamente el sujeto tendrá alteraciones de la visión binocular y consecuentemente trastornos en el campo visual, con todos los problemas que esto desencadenará en su diario vivir. Se analizará el siguiente caso clínico como uno de los requisitos indispensable para la obtención del título de Licenciado en Optometría donde una madre refiere que su hija de 10 años nació con un párpado caído que le tapaba casi todo el ojo, solo quedaba una hendidura palpebral muy discreta en el ojo derecho.

Como no tenía posibilidad económica no pudo operarla cuando era más pequeña, pero afortunadamente logró la cirugía de la ptosis del ojo derecho y quedó muy bien ese párpado. Actualmente presenta una agudeza visual en ojo derecho 20/400 la cual no mejora y en ojo izquierdo 20/20, biomicroscopía segmento anterior y posterior sano, movimientos oculares: normales. Al estar el ojo anatómicamente sano y sin ningún defecto refractivo presente se diagnostica una ambliopía por privación de ojo derecho, ya que la corrección de la ptosis se realizó tardíamente, la alteración visual se tratará con oclusión durante tres meses, con pronóstico incierto

De ahí la importancia de una educación de salud visual a la comunidad, programas de salud gubernamentales destinados a pacientes de escasos recursos ya que si los problemas oftalmológicos no causan mortalidad, pero si, una morbilidad que puede afectar el desempeño visual de manera permanente.

I. MARCO TEÓRICO

Desarrollo del Sistema visual en niños

El conocimiento del sistema visual en lactantes y niños es imprescindible para la práctica optométrica, una vez que cualquier anomalía puede interferir en el proceso de aprendizaje y en el desarrollo psicosocial. Brugnoli et al (2007)

La privación de la visión en la etapa de crecimiento considerada como de plasticidad sensorial, aunque monocular, puede causar supresión visual, esto limita la captación de informaciones y consecuentemente el desarrollo psicosocial. Por eso, la detección precoz de alteraciones visuales en la infancia es fundamental, ya que el 80% de la información que el niño recibe es a través de la visión, por esta razón la integridad anatómica y funcional del aparato visual es imprescindible para la adquisición de conocimientos y en la realización de las actividades cotidianas. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la función visual también es un aprendizaje que va evolucionando al mismo tiempo que el niño crece y es papel del optómetra conocer la formación del ojo y el desarrollo normal del sistema visual en lactantes y niños como forma de prevención de la salud visual / ocular de cualquier anomalía que pueda interferir en este proceso. Brugnoli et al (2007)

Embriología del ojo

Los ojos se forman a partir de 3 fuentes: 1) Ectodermo superficial: a partir del cual se originan: cristalino, epitelio de la córnea y de la conjuntiva, glándula lagrimal, párpados, las vías excretoras; 2) Ectodermo neural: origina las capas de la retina, la cara posterior del iris y el cuerpo ciliar, esfínter pupilar, dilatador de la pupila, capas internas de la membrana de Bruch, vítreo y nervio óptico; 3) Mesodermo: es responsable por la formación de la esclera, capas posteriores de la córnea, la parte anterior del iris, estroma de la conjuntiva, coroides, vítreo, músculos extraoculares, párpados, tejido conectivo y vascularización del ojo y otros. Brugnoli et al (2007)

La primera evidencia del ojo ocurre después de la segunda semana de gestación cuando surgen los pliegues neurales y en la tercera semana aparecen las vesículas ópticas. A los 4 meses de gestación la estructura general fundamental del ojo está determinada. Las suturas cristalinianas se completan a los 7 meses de gestación, como así también la capa nuclear externa de la retina, las células ganglionares, bipolares y fibras del nervio óptico. El nervio óptico se forma a partir de la séptima semana y su medulación se completa a los 3 meses de edad. El músculo esfínter de la pupila y el dilatador se desarrollan entre los 5 y 6 meses de gestación. Entre la tercera y décima semana de gestación aparecen el vítreo, las células endoteliales de la córnea, la cámara anterior del globo ocular, el canal de Schlemm, la esclera, los músculos extraoculares, los párpados y el sistema lagrimal. El crecimiento y desarrollo del ojo normal en lactantes y niños La visión en sí misma no está completamente desarrollada al nacimiento, aunque ésta sea a término. El ojo alcanza su tamaño adulto a los 7 u 8 años de edad. Brugnoli et al (2007)

Es importante conocer cómo se desarrolla la visión normal, pues cualquiera alteración provocará una mayor o menor agudeza visual, una ambliopía, llegando incluso a la ceguera conforme el grado del problema.

- **Globo ocular:** el ojo es mayor en comparación con el tamaño del cuerpo, aunque su diámetro anteroposterior es corto, con sólo 17 mm al nacimiento, produciría el defecto refractivo de la hipermetropía si la curvatura del cristalino no fuese mayor. Brugnoli et al (2007)

- **Córnea:** es relativamente grande, con curvatura de promedio de 51,2 D en recién nacido a término y de 53,6 D en recién nacido prematuro. Alcanza el tamaño adulto a los 2 años de edad. Es más plana y su curvatura es mayor en la periferia que en el centro.

- **Iris:** el pigmento es escaso donde la capa pigmentaria se muestra a través del tejido translúcido dando un efecto gris azulado. Su color definitivo aparece entre 1 y 2 años y la pigmentación está relacionada con la melanina. Si es menor, produce ojos azules, grises o verdes, al contrario, si es una cantidad mayor, los ojos serán de color café. Brugnoli et al (2007)

- Pupila: es miótica por falta de desarrollo del dilatador, puede ser normal que esté un poco descentrada nasal y hacia abajo del centro de la córnea. El diámetro varía entre 2,5 y 5,5 mm en promedio de 4 mm. Los reflejos pupilares fotomotor y consensual, deben estar presentes al nacimiento, tanto en el RNT como en el prematuro. Estos reflejos están funcionando desde la vida fetal (cerca del 5to mes de gestación)Brugnoli et al (2007)

- Sistema nasolagrimal: los conductos nasos lagrimales se inician en forma de cordones de células.

- Cristalino: es más globular y su poder de refracción compensa el corto diámetro antero posterior del ojo. El poder dióptrico disminuye durante los seis primeros meses pasando a +28 D. El cristalino crece durante la vida y su consistencia va cambiando a través del tiempo.Brugnoli et al (2007)

- Fondo de ojo normal en recién nacido prematuro: hay restos del sistema hialóideo primitivo, dejando un cono en la papila óptica que se denomina papila de Bergmeister. La periferia del fondo del ojo es pálida, la mácula sin depresión y sin brillo foveal. La excavación fisiológica de la papila no es visualizada debido a que la circulación sanguínea no está completa.

- Fondo de ojo normal en recién nacido al término: la excavación de la papila rara vez se observa y la periferia del fondo del ojo es pálido o gris y esta palidez cambia al color rosado del adulto a los 2 años de edad. La mácula es homogénea y no tiene brillo foveal debido al poco desarrollo de los conos. A los 3 o 4 meses de edad la mácula se torna cóncava y el brillo aparece. Nervio óptico: la mielinización de las fibras se efectúa después del nacimiento y se completa a los 3 meses.Brugnoli et al (2007)

- Vasos: no hay diferencia de espesura entre venas y arterias, son finas y pálidas.

- Fóvea: está completamente desarrollada a los 4 ó 5 años de edad y la AV se evoluciona simultáneamente al reflejo de fijación, por lo cual se considera que a los 5 años el niño ya debe haber alcanzado la unidad, o sea, agudeza visual de 20/20.

- Movimientos oculares: durante los 3 primeros meses de vida están mal coordinados y puede haber dudas en cuanto al alineamiento. Pero, debe investigarse cualquier desviación después de los 6 meses de edad, pues los reflejos binoculares ya están desarrollados. Brugnoli et al (2007)

Desarrollo visual en el primer año de vida

Durante los seis primeros meses de vida ocurre una gran mutación anatomofisiológica en el sistema visual. A partir de los seis meses la visión tiene un papel imprescindible para el desarrollo perceptivo, cognitivo y social del niño. Neonato: vuelve la cabeza hacia la claridad, la pupila se contrae con la luz.

1 semana: parpadea ante los estímulos luminosos. Cierra los párpados al intentar abrírseles.

2 semanas: empieza a movilizar los ojos, como si ya fijase la visión.

3 semanas: los movimientos oculares se producen en aumento. Aparece el reflejo al miedo o amenaza.

4–7 semanas: el niño mira los ojos de la otra persona.

4–12 semanas: mira el objeto y lo acompaña.

Reflejo de seguimiento. 3 meses: brinca con las manos frente a los ojos. 3–4 meses: reacciona a su propio reflejo. 4–5 meses: intenta alcanzar las cosas. 6–9 meses: evita obstáculos que encuentra frente a sí y explora visualmente pequeños objetos.

Desarrollo ontogenético Se refiere al desarrollo de los reflejos monoculares y binoculares. Los reflejos monoculares son: fijación, acomodación y agudeza visual y los binoculares son: fusión, estereopsis y vergencias. Brugnoli et al (2007)

Reflejos monoculares

– **Reflejo de fijación foveal:** es el primer reflejo en desarrollarse, es un reflejo sensorio motor y psico-óptico, que se inicia entre la 2da. y 3er. semana, y continúa especializándose durante los primeros años de vida, en que mantiene su plasticidad sensorial pero es susceptible de ser alterado para bien o para mal. Su perfeccionamiento ocurre en el 3er. mes de vida, termina su desarrollo a los 2 años y su estabilización completa es en torno de los 6 años de edad. Cualquier error en el sistema visual impide la fijación central. Brugnoli et al (2007)

- **Acomodación:** surge en el primer mes, se perfecciona entre los 2 y 3 meses y se estabiliza a los 2 años y medio (sinergia acomodación-convergencia). Banks, en 1980, en estudios afirmó que la acomodación está presente en la primera semana de vida y alcanza la capacidad del adulto a los 2 meses de edad. Los niños poseen gran poder de acomodación y son capaces de compensar la hipermetropía. Según Alves (2000), la amplitud de acomodación es de 18D al primer año de vida, a los 5 años pasa a 16D y a los 10 años presentan 14D. Brugnoli et al (2007)

Agudeza visual: para que la agudeza se desarrolle al nivel del adulto es necesario un sistema neuronal completamente desarrollado. Su período crítico es de 2 ó 3 años, llamado de período plástico, donde el niño puede, hasta los 3 años, perder la fijación central si el sistema se ve alterado. En cuanto a distinguir el nivel máximo (20/20), no hay consenso entre los estudiosos. Algunos afirman que se obtiene el 20/20 a los 2 años y medio; otros a los 4 años, siendo que en la década de 70 se precognizaba que la edad de perfeccionamiento ocurría a los 7 u 8 años de edad.

Las divergencias pueden ser debidas a la relación que la agudeza visual tiene con el desarrollo fisiológico de la retina y de la vía óptica, que varía para cada uno. Sin embargo, todos los estudiosos concuerdan en que la agudeza se desarrolla durante los seis primeros meses, pues es cuando sucede la maduración de los conos y bastones, que alcanzan su tamaño a los 4 meses de edad. Puede ser que estas diferencias también surgen porque existen niños que presentan lo que se llama, “maduración visual retardada”, por lo cual tienen un rendimiento visual pobre, no se sabe bien cuál es el motivo, pero algunos niños no presentan una maduración visual acorde a su edad de maduración

cronológica, del mismo modo que no todos los niños aprenden a caminar o hablar a la edad promedio, sino que algunos lo hacen más tarde.

Reflejos binoculares

– **Visión binocular:** el reflejo de fijación binocular, se desarrolla al mismo tiempo que el reflejo monocular de fijación, ambas fóveas se centran en un solo objeto de atención, esto hará que la información transmitida a la corteza sea lo suficientemente similar, como para integrarse en una sola sensación visual. Su estabilización se da a los 5 ó 6 años.

Puede evaluarse a partir del 6to. mes, no como visión binocular sino como reflejo de fijación bifoveal o bifijación. La fusión se inicia a los 8-10 meses de edad y se estabiliza por completo a los 8 años.

– **Estereopsis:** la visión estereoscópica existe desde el 4º mes, pero su evaluación deberá ser a partir de los 3 años de edad, donde el niño sea capaz de entender los tests.

– **Vergencias:** Se desarrollan junto con la fijación, aunque los reflejos de vergencias no aparecen antes de los 6 meses de edad.

– **Procesos visuales binoculares:** tienen un funcionamiento completo desde los 2 años de edad, pero no son estables por completo hasta los 8 años. En este primer periodo de vida es cuando son sumamente maleables y susceptibles de alteración.

Ptosis palpebral.-

Se define a la ptosis como una posición anormalmente baja del párpado superior. Brugnoli et al (2007)

Para hablar sobre ptosis palpebral hablaremos un poco sobre anatomía y fisiología Brugnoli et al (2007)

El párpado superior se eleva voluntaria o involuntariamente por la contracción del músculo elevador palpebral superior que se origina en el ápice de la órbita y luego se dirige hacia adelante, bajo el techo de la misma, para terminar por medio de su aponeurosis insertándose en la parte inferior de la superficie anterior del tarso. Al mismo tiempo, envía fibras hacia el músculo orbicular y hacia la piel.

El elevador se halla innervado por fibras del tercer par, éstas están íntimamente asociadas con aquellas que dan innervación al recto superior.

Tapizando la cara posterior de la aponeurosis del músculo elevador se halla una capa de músculo liso no estriado, que se denomina músculo de Müller o tarsal superior, que está innervado por fibras simpáticas.

El mismo se origina en la superficie inferior del músculo elevador aproximadamente a unos 10 o 15 mm sobre el tarso, insertándose en el borde superior del mismo. El curso exacto de las fibras de éste músculo no es del todo conocido.

Según cuán severa sea la insuficiencia del músculo elevador, se producirá desde un discreto descenso del párpado superior hasta la incapacidad de elevar el mismo. Brugnoli et al (2007)

Semiología de las ptosis.-

Uní o bilateral

Reparar en la bilateralidad o no del cuadro resulta útil a los efectos de indicar y prever el resultado de la técnica quirúrgica a aplicar

En lo posible se tratarán de evitar las cirugías suspensorias en aquellas ptosis unilaterales y de no poder ser así, se le advertirá al paciente acerca del pronóstico reservado de la intervención. Brugnoli et al (2007)

Signo de Bell.-

La ausencia de éste signo debe alertar al cirujano acerca de las complicaciones que pueden generarse tras la corrección de la ptosis, en aquellos casos en que el signo de Bell es deficiente.

El objetivo de la Cirugía debe ser más funcional que estético, ya que una corrección estéticamente buena puede derivar en severas complicaciones, entre las que se destaca la queratopatía por exposición. Brugnoli et al (2007)

Clasificación de las ptosis.-

Ptosis congénitas:

La ptosis congénita representa aproximadamente entre el 80 y 90% del total de las ptosis.

Se puede concluir en que este tipo de ptosis es consecuente a una distrofia en el músculo elevador de los párpados, de causa desconocida, no mejoran con el paso del tiempo y su solución es quirúrgica.

La mayor parte de las mismas son unilaterales, la bilateralidad se observa en el 25% de los casos aproximadamente.

Es importante excluir la existencia de traumatismos, enfermedades generales o alteraciones neurológicas.

Siempre se hará todo lo posible para diferenciar una ptosis congénita de una ptosis senil, aunque a veces no es tarea sencilla, habrá que tener en cuenta pues los antecedentes, por insignificantes que éstos parezcan, ya que es común que traumatismos ocurridos en períodos de lactancia o infancia hayan sido pasados por altos. Brugnoli et al (2007)

Ptosis congénita simple.-

Es la más frecuente de las ptosis congénitas y su causa radica en una distrofia del elevador del párpado superior. El surco de la belleza no se encuentra o está atenuado. Estudios anatomopatológicos han demostrado la aparición de fibras colágenas reemplazando a las fibras musculares.

La unilateralidad del proceso se observa en el 69% de los casos y en el resto las manifestaciones bilaterales son asimétricas en cuanto a la magnitud.

Muchas de las ptosis congénitas simples han demostrado tener mayor o menor medida un compromiso del músculo recto superior, situación ésta comprensible, ya que el origen embriológico de ambos músculos es común.

Estimativamente un 10% de los casos cursan con anisometropías, y otro tanto con astigmatismos ipsilaterales a favor de la regla, éstos atribuibles a un fenómeno moldeado que sufre la córnea como consecuencia de la ptosis.

Brugnoli et al (2007)

Ambliopía.-

Se trata de un término de origen griego y etimológicamente significa «el que tiene la vista débil» (amblyos, débil, apagado; opo, ojo). En la práctica definimos la ambliopía como la pérdida de agudeza visual en uno o ambos ojos sin lesión orgánica identificable, producida por una experiencia visual anormal durante el período de máxima plasticidad neuronal.

Se considera que debe producirse una pérdida de Agudeza Visual de al menos dos décimos con respecto al ojo sano.

CLASIFICACIÓN DE LA AMBLIOPÍA.- DE ACUERDO A LA ETIOLOGÍA

1. EstrabismoMartin-Vecilla 2010

Produce una de las formas más frecuentes de ambliopía. Clásicamente se ha considerado que produce una forma más profunda y con peor pronóstico que la anisometropía, aunque algunos trabajos recientes ponen en duda esta consideración.

2. Anisometropía

- ✓ Anisohipermetropía: Forma habitual y difícil de tratar. La ambliopía es más profunda que la producida por la anisomiopía y con cierta frecuencia aparece un microestrabismo asociado. La razón por la cual la ambliopía es más profunda, tiene que ver probablemente con el hecho de que el ojo que sufre una hipermetropía alta, queda excluido tanto en visión cercana como en visión lejana. Por esta razón la hipermetropía bilateral, aún en ausencia de anisometropía, puede producir ambliopía.
- ✓ Anisiomiopía: Produce una ambliopía menos profunda que la anisohipermetropía porque el niño utiliza el ojo menos miope para mirar de lejos, en tanto que es capaz de utilizar el ojo más miope para fijar de cerca. Sin embargo esta idea de mejor pronóstico, probablemente sólo sea válida a corto o medio plazo, pues a largo plazo es habitual que el ojo ambliope desarrolle problemas maculares en relación con la alta miopía.Martin-Vecilla 2010

- ✓ Anisoastigmatismo: El astigmatismo puede aparecer aislado o con más frecuencia combinado con miopía o hipermetropía. Como en los casos anteriores, el ojo con un defecto de refracción más alto va a quedar excluido.

3. Ambliopía por privación.-

La ptosis palpebral o la opacidad de medios (opacidad corneal o catarata congénita) de forma uni o bilateral, impiden la generación de una imagen nítida y de este modo producen ambliopía. **Martin-Vecilla 2010**

4. Nistagmus congénito

En este caso la percepción por parte del niño de un mundo en continuo movimiento impide la generación de una imagen nítida y estable en la retina. Además es probable que en esta situación se activen mecanismos de supresión para combatir la osciloscopia. **Martin-Vecilla 2010**

DIAGNÓSTICO DE LA AMBLIOPÍA

Lo ideal es detectar la ambliopía lo antes posible para de este modo intentar reducir la exposición del sistema visual a esa experiencia visual anormal. En este sentido algunos autores afirman que debe someterse a los niños sanos a programas de cribado a partir de los 2 años de edad. Sin embargo esta práctica se ve obstaculizada por la dificultad que supone trabajar con niños preverbales. Consideramos que los 3 años pueden constituir una edad más eficiente para iniciar estos programas, pues a esta edad la mayor parte de los niños son capaces de identificar sin problemas los dibujos de los optotipos para niños (test de Pigassou). **Martin-Vecilla 2010**

Sin duda la AV es el parámetro que mejor resume la función del aparato visual y por eso éste es el que se utiliza en la práctica para detectar la ambliopía y monitorizar la evolución de la función visual en el niño ambliope.

El test ideal para medir la AV es el que utiliza la E de Snellen. Si por su edad el niño no es capaz de colaborar en este test, recurriremos a los optotipos que utilizan dibujos (Pigassou). Los optotipos alfabéticos son considerados por muchos autores como inferiores, pues la dificultad para identificar las letras del alfabeto es variable y su estandarización más difícil. **Martin-Vecilla 2010**

Cuando por su edad el niño no es capaz de colaborar en ninguno de estos tests, valoraremos la capacidad del ojo para fijar. Si la ambliopía es profunda, es incapaz de fijar. Cuando la ambliopía es leve el ojo ambliope es capaz de fijar cuando se ocluye el sano, sin embargo al cesar la oclusión, el ojo dominante recupera la fijación. La existencia de alternancia (el niño fija indistintamente con uno u otro de los ojos), indica la ausencia de ambliopía.

Sin embargo la ambliopía es un síndrome y la pérdida de AV no es ni mucho menos su única manifestación. El déficit de AV en este caso va acompañado de otras manifestaciones que le dan un carácter singular: **Martin-Vecilla 2010**

1. Fenómeno de amontonamiento: La AV es superior cuando las letras se presentan de forma independiente que cuando lo hacen formando parte de una línea. Esta discrepancia constituye la exageración de un fenómeno fisiológico y se debe a la interacción de contornos como consecuencia de la reducción de los umbrales diferenciales entre áreas retinianas vecinas. En la práctica, la existencia de una discrepancia llamativa entre estas dos AV resulta altamente sospechosa. **Martin-Vecilla 2010**

2. Influencia de la luminancia: El ojo ambliope se ve menos influido por los niveles de luminancia. Por ello la colocación de un filtro de densidad neutra reduce mucho menos la AV del ojo ambliope que la del ojo dominante. **Martin-Vecilla 2010**

3. Estereopsis: Resulta de gran valor en el cribado de la ambliopía. La presencia de un nivel alto de estereopsis (medida con los tests de Titmus o

TNO) excluye prácticamente la presencia de ambliopía. Sin embargo estas pruebas tienen importantes falsos negativos pues determinadas formas de ambliopía son compatibles con niveles groseros de estereopsis y falsos positivos, sobre todo en niños pequeños que por su edad pueden no ser capaces de entenderla. **Martin-Vecilla 2010**

TRATAMIENTO

1. Corrección óptica.-

La primera medida, indiscutible, es corregir la ametropía sea uní o bilateral, para de este modo colocar al ojo enfermo en una situación que le permita competir con el sano. (Montés-Micó R. (2011)

2. Oclusión.-

La oclusión ha sido el método tradicionalmente considerado como más eficiente. Descrito por De Bufón en el año 1743, ningún tratamiento ha conseguido desbancar a la oclusión como eje central del tratamiento. Se suele aplicar de forma alterna para evitar la inversión de la ambliopía. (Montés-Micó R. (2011) **Martin-Vecilla 2010**

Clásicamente se ha pensado que la agresividad de la pauta debe ser directamente proporcional a la edad del niño, por estar dotados los niños mayores de una menor plasticidad neuronal y por lo tanto de menor capacidad para recuperar AV.

En este sentido Prieto recomienda una pauta 1/1 si el niño tiene 1 año, 2/1 si tiene dos años y así sucesivamente. En los niños mayores de 7 años recomienda un ensayo durante 3 meses. Si durante este período se produce cierta recuperación es recomendable seguir con las oclusiones; sin embargo si durante este tiempo no se evidenciara mejoría, es posible que lo más aconsejable sea abandonar el tratamiento. (Montés-Micó R. (2011)

El único cambio sustancial en los últimos años se refiere a la intensidad con la que ésta debe aplicarse. Recientemente se han publicado algunos estudios que no encuentran diferencias significativas entre los regímenes de oclusión clásicos y otras pautas más suaves

En este sentido las conclusiones del Grupo para la Investigación de las Enfermedades Oculares Pediátricas, invitan sin duda a un cambio en la mentalidad acerca de la intensidad con la que el tratamiento oclusivo debe pautarse.

Como efectos colaterales destacar que la oclusión en pacientes jóvenes puede inducir ambliopía e invertir de este modo el patrón, y en edades avanzadas puede inducir diplopía al debilitar la supresión. Sin embargo estos efectos secundarios son autolimitados y suelen desaparecer de forma rápida al cesar la oclusión. (Montés-Micó R. (2011))

3. Penalización.-

La penalización es menos potente que la oclusión y consiste en generar en el ojo dominante una imagen borrosa para de este modo forzar el uso del ojo ambliope. Se puede realizar hipercorrigiendo o hipocorrigiendo el ojo dominante, aplicando laca al cristal de la gafa del ojo director o mediante métodos farmacológicos (uso de fármacos ciclopléjicos). (Montés-Micó R. (2011))

La utilidad de la atropina para inducir visión borrosa en la visión cercana en el ojo dominante y de este modo obligar al ojo ambliope a convertirse en fijador en las tareas de cerca, es también conocida desde hace tiempo. Sin embargo este método clásicamente se ha considerado de segunda línea por suponerse menos potente que la oclusión. (Montés-Micó R. (2011))

El uso de atropina tiene una ventaja frente a la oclusión: el cumplimiento terapéutico es casi siempre superior, pues goza de una mejor aceptación por parte del niño y los padres. Lógicamente debe recomendarse a los padres que el niño realice tareas que impliquen el ejercicio de la visión cercana durante el período de penalización. Las pautas recomendadas por los diferentes autores son variables, pero es posible que una pauta semanal sea suficiente, dada la larga vida media de la atropina. (Montés-Micó R. (2011))

Puede conseguirse cierta sinergia, combinando métodos de penalización ópticos y farmacológicos. Esta estrategia es especialmente útil en ojos hipermétropes. Se induce cicloplejía en el ojo dominante, que además no se corrige óptimamente. De este modo este ojo quedará por completo excluido de la visión cercana.

Aunque a priori parece improbable, queda por determinar si la mayor exposición a la luz solar en estos ojos es capaz de producir algún efecto deletéreo a largo plazo. Es posible que dentro de unos años sea posible contestar a esta pregunta pues el Grupo para el Estudio de las Enfermedades Oculares Pediátricas tiene previsto seguir su cohorte de niños ambliopes durante al menos 15 años más. (Montés-Micó R. (2011))

4. Otros tratamientos.-

Hace unos años aparecieron una serie de artículos que proponían la utilización de levodopa para mejorar la ambliopía. La idea de utilizar métodos farmacológicos no es nueva. Hace más de un siglo (1871), Nagel utilizó la estriquina en el tratamiento de la ambliopía, y en los años posteriores se utilizó la supresión con alcohol y el oxígeno. En cualquier caso la levodopa en seres humanos sólo consigue una mejoría transitoria de la función visual del ojo ambliope que dura del orden de una a tres semanas. (Montés-Micó R. (2011))

PRONÓSTICO.-

La mayor parte de los niños con ambliopías de origen estrábico o ansimétrico experimentan con los tratamientos convencionales (corrección óptica, oclusión y penalización) una mejoría considerable de su AV (en los trabajos del grupo para la investigación de las enfermedades oculares pediátricas esta mejoría es del orden de 2-3 líneas al cabo de 6 meses). En la práctica consideramos que el paciente está curado cuando hemos conseguido la isoagudeza visual (isoAV). Sin embargo, esta definición es engañosa y debe ser matizada.

No debemos perder de vista que los optotipos que utilizamos, infravaloran en muchas ocasiones la AV del ojo dominante que sería capaz de discriminar símbolos de menor tamaño que los presentados en la fila más pequeña. Además el ojo ambliope seguirá siendo más lento y resulta difícil en las formas estrábicas llegar a conseguir la alternancia. En definitiva siempre persistirá cierta dominancia por parte del ojo fijador. Por ello las recidivas son frecuentes y debemos seguir al niño y mantenerlo con pautas de oclusión suaves o penalización al menos hasta la adolescencia. (Montés-Micó R. (2011)

Sin duda merece la pena leer los trabajos publicados en el PediatricEyeDiseaseInvestigatorGroup. The course of moderate amblyopia treated with atropine in children: experience of the amblyopia treatment study. publicados en el American Journal of Ophthalmology en el año 2003. Se trata de un ensayo multicéntrico randomizado, llevado a cabo en 47 centros, que compara el tratamiento clásico, es decir, la oclusión con el uso de atropina. Asimismo dentro del brazo del estudio que fue sometido a oclusión se estudia la influencia del número de horas de oclusión prescritas en la recuperación de agudeza visual. Los resultados son sorprendentes y matizan de forma importante mucho de lo que sabíamos acerca del manejo de la ambliopía: <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

1. El pronóstico visual no se correlaciona con la edad (al menos dentro del rango de edades en el que se centra el estudio, esto es entre los 3 y los 7 años)
2. Tradicionalmente se había considerado la ambliopía anisométrica como una forma más benigna de ambliopía y con una mejor respuesta que la estrábica. Sin embargo este estudio contradice esta idea clásica. En este ensayo, se llega a la conclusión de que la recuperación visual no se correlaciona con la etiología estrábica o anisométrica. Ni siquiera se demuestra un peor pronóstico en aquellas situaciones en las que ambas etiologías aparecen combinada. <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

3. En las formas leves de ambliopía (AV 20/40-20/60) no se demuestra la existencia de diferencias en función de la intensidad con la que se aplique la oclusión. En las formas profundas (AV 20/80-20/100) sí se demuestra cierta correlación inicial, pero sin que existan diferencias pronósticas a largo plazo (la agudeza visual un mes después de iniciada la oclusión era superior en el grupo sometido a un mayor número de horas de oclusión; sin embargo al cabo de 6 meses no se demuestran diferencias significativas). Estos resultados recuerdan en cierta medida a los publicados en el estudio ONTT acerca del tratamiento de la neuritis (recuperación de AV más rápida en aquellos pacientes que recibieron corticoides intravenosos sin que se lleguen a demostrar diferencias en el pronóstico visual a medio plazo). <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

4. Algo similar sucede cuando se comparan aquellos pacientes sometidos a tratamiento con atropina con los que fueron sometidos a oclusión. Aunque la recuperación fue más rápida en el grupo sometido a tratamiento oclusivo, el pronóstico visual a medio plazo, es casi idéntico. Tan sólo se demuestra una diferencia mínima que probablemente no tenga trascendencia clínica en el grupo sometido a tratamiento oclusivo (en este grupo la AV era 1/3 de línea superior al cabo de 6 meses). <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

5. Gran parte de la mejoría se produce al principio, nada más iniciar el tratamiento (el 42% de la mejoría a los 6 meses se obtuvo en la quinta semana y el 77% en la semana dieciséis). Por ello la respuesta en la revisión inicial tiene un gran valor pronóstico. <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

6. En cuanto al uso de atropina, se han comparado de forma randomizada pautas de administración diaria con otras de administración semanal. La eficacia y la tolerancia resultaron similares. Sin embargo paradójicamente el cumplimiento terapéutico resultó superior en la pauta diaria, y la fotofobia fue menos frecuente en este grupo. De algún modo los pacientes sometidos a la pauta de administración diaria se aclimatan a los efectos secundarios de la droga. En cierto modo la sensibilidad retiniana se reajusta a un nuevo nivel. <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

7. Clásicamente se ha considerado que a partir de los 7-8 años de edad la recuperación de la ambliopía resulta muy difícil. Sin embargo los nuevos trabajos ponen en duda este presupuesto. En un estudio piloto llevado a cabo recientemente se pone de manifiesto que un porcentaje significativo de los niños mayores y adolescentes jóvenes conservan todavía capacidad para recuperar AV en el ojo ambliope. En este trabajo el 27% de un total de 66 niños con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años mostraron una recuperación de AV de al menos 2 líneas. Se trata de un estudio piloto no randomizado. <http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-4/04d-03b.htm>

JUSTIFICACIÓN

La ptosis palpebral congénita una de tantas alteraciones morfológicas de los anexos oculares, es considerado más como una alteración estética, sin saber que detrás de ésta alteración se puede esconder un serio problema de visión, que puede resultar seriamente discapacitante, ya que el sujeto no tendrá visión binocular y existirían alteraciones en el campo visual, con todos los problemas que desencadenará en su vida cotidiana. De ahí el interés en establecer el análisis de éste caso clínico, demostrar cuales podrían ser sus diferenciales y llegar a un tan ansiado diagnóstico definitivo, pero sobre todo dar tratamiento a la patología visual que aqueja a ésta niña. Además es de sumo interés analizarlo como requisito previo a la obtención de título de Licenciado en Optometría.

OBJETIVOS:

GENERALES:

- ✓ Determinar y corregir la causa de disminución de agudeza visual de OD

ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar los diagnósticos diferenciales que causan alteración de la visión del OD.
- ✓ Implementar los exámenes optométricos aprendidos para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

DATOS GENERALES:

Nombres Completos: _____

Edad: 10 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Ocupación: Estudiante

Nivel de estudios: Primaria

Nivel socio cultural/económico: Bajo

Procedencia Geográfica: San Juan de Pueblo Viejo-Provincia de los Ríos.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis del motivo de la consulta.

Disminución de agudeza visual lejana de OD no corregible

Historial clínico del paciente

- ✓ Antecedentes patológicos personales: No refiere
- ✓ Antecedentes oculares:
Blefaroposis OD total corregida a los 10 años
- ✓ Antecedente social; No refiere
- ✓ Antecedentes patológicos familiares; No refiere

Anamnesis

Madre refiere que su hija de 10 años nació con un párpado caído que le tapaba casi todo el ojo, solo quedaba una hendidura palpebral muy discreta en el OD, como no tenía posibilidad económica no pudo operarla cuando era más pequeña, pero afortunadamente logró la cirugía de la ptosis del ojo derecho y quedó muy bien. Pero no ve con el ojo derecho.

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.

Variables	Conceptual	Operacional	Indicadores
ptosis	Posición anormalmente baja del párpado superior	Inspección	Mm de magnitud
ambliopía	Disminución de AV sin daño orgánico	Agudeza Visual	Fracción de Snellen

Exploración clínica sensorial

- ✓ Determinación de Agudeza Visual. Refracción objetiva

ARKt

OD No marca / 42.50 42.50 x 50

OI +0.25 -0.25 x 130 / 42.00 42.25 x 125

- ✓ Determinación de Agudeza Visual Subjetivo

AVsc

OD 20/400 J7 NC

OI 20/20 J1 N

- ✓ Amsler.- OD Positivo OI Dentro parámetros normales
- ✓ Test de ishihara: No se realizo

Biomicroscopía

- ✓ OD segmento anterior y posterior sanos
- ✓ OI segmento anterior y posterior sanos
- ✓ Exploración clínica motora:
- ✓ Movimientos oculares: Dentro de parámetros normales

Exámenes complementarios:

Se derivó al oftalmólogo, quien confirmó el diagnóstico, reenviándolo a optometría para los controles.

Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Al hacer un análisis del caso clínico, nos damos cuenta que la ptosis palpebral congénita fue corregida tardíamente, tal vez ignorando la madre que ésta cirugía más que estética es funcional, y no teniendo el ojo alteración orgánica ni refractiva se diagnóstica una ambliopía por privación, difícilmente corregible a la edad actual de la paciente.

Conducta a seguir.

Se conversa con la madre que ya habiendo pasado el período de plasticidad ocular, se recomienda hacer un ensayo de oclusión de OI por 3 meses de 7/1, si durante este período se produce cierta recuperación es recomendable seguir con las oclusiones; sin embargo si durante este tiempo no se evidenciara mejoría, es posible que lo más aconsejable sea abandonar el tratamiento.

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

En éste caso el déficit de desarrollo visual es provocado por una ausencia del estímulo visual, provocando también lo que se llama ambliopía por patrón de distorsión monocular. Es una ambliopía de tipo funcional no corregida en su momento.

Seguimiento.

Control anual optométrico y oftalmológico anual.

Observaciones.

Se puede aceptar como regla general que en niños mayores de 8-10 años el pronóstico es malo, aunque hay reportes en la literatura de aumento de la AV en niños de edad superior.

CONCLUSIONES

La recuperación de la agudeza visual en ambliopía depende de una combinación de factores, desde la edad del paciente, severidad y tipo de la ambliopía, tipo de fijación.

Cuanto antes aparezca la ambliopía el pronóstico es peor.

La paciente del caso en análisis, lastimosamente la corrección de la ptosis fue tardía, durante 10 años no percibió estímulo visual claro, causal de su agudeza visual no corregible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Frederick Hampton Roy (1977) *Diagnóstico Diferencial Ocular*. Barcelona, España. Elicien.

Martin, Vecilla (2010) *Manual de Optometría*. Madrid, España. Panamericana n Editorial Médica.

Ofelia Brugnoli de Pagano, Myriam Berman, Fernando Prieto Diaz (2007) *Estrabismo Semiología Sensorial y motora*. Buenos Aires, Argentina. Universidad Católica de Salta.

Prof. Robert Montés-Micó (2011) *Optometría Principios básicos y aplicación clínica*. Barcelona, España. Elsevier.

<https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/ambliopia-causa>

<https://www.aboutkidshealth.ca>

https://es.slideshare.net/jefe_docencia/crecimiento-y-desarrollo-del-lactante Dr. Alcibiades Batista Pediatra

<https://www.imagenoptica.com>

<https://hospitalprivado.com.ar/programa-de-prevencion/anomalias-visuales.html>

<https://www.socv.org/parpado-caido-ptosis>

ANEXOS



Figura. 1 Desarrollo visual

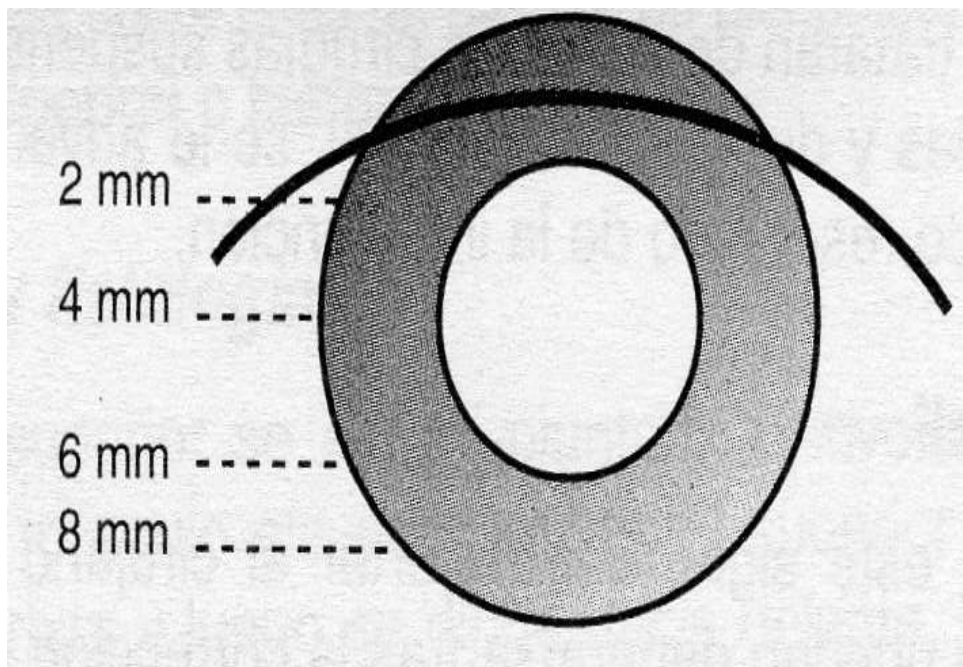


Figura. 2 Esquema orientativo sobre la magnitud en mm de la ptosis palpebral



Figura. 3. Ptosis palpebral congénita



Figura. 4. Parcheoclusivo: tratamiento goldstandart de la ambliopia

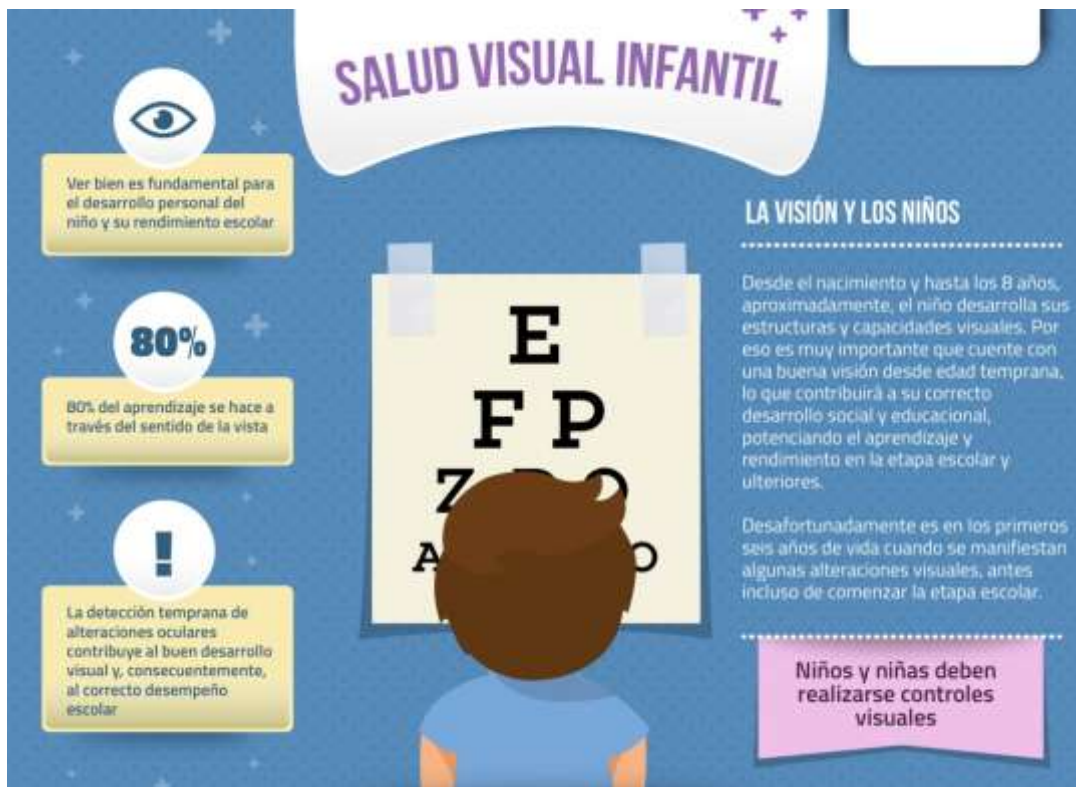


Figura. 5. Educación visual



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	1207108224		
NOMBRES:	ISAAC EMANUEL		
APELLIDOS:	GONZALVO PEREZ		
SEXO:	MASCULINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	BABAHOYO		
TELÉFONO DE CONTACTO:	0969699250		
CORREO ELECTRÓNICO:	YZACK@HOTMAILS		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	SI
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	OPTOMETRIA		
MODALIDAD:	AÑO		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	04/11/2016		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NA		
TRABAJA:	SI		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	OPTEM		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
PROYECTO DE INVESTIGACION			
Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso. Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.			

Babahoyo, 7 de Octubre de 2016

Isaac Gonzalvo P.

ESTUDIANTE

[Firma]

SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo
 052 570 368
 rectorado@utb.edu.ec
 www.utb.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 7 de Octubre de 2016

Señor.
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **ISAAC EMANUEL GONZALVO PEREZ** ;
Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1207108224** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;
habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de _____ ;
estudiante de la carrera de: **OPTOMETRIA**
una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás
compentes académicos, me permito solicitar a usted la matricula respectiva a la unidad de titulación
por medio de de la siguiente opción de titulación:

PROYECTO DE INVESTIGACION

Mi correo electrónico es: **YZACK@HOTMAILES**
Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

Isaac Gonzalvo P.

ESTUDIANTE

[Firma]

SECRETARIO(A)



Av. Universidad Km 2 1/2 vía a Montalvo
062 570 368
rectorado@utb.edu.ec
www.utb.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaria de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Vigésima Novena de Consejo Directivo de fecha 9 de febrero del 2017**, donde se indica: *“Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declaró EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: GONZALVO PEREZ ISAAC EMANUEL en la CARRERA DE OPTOMETRIA, estando APTO para el PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO”*.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.

Babahoyo, 24 de abril del 2017


Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



ACCIÓN	ELABORADO POR:	CARGO	FIRMA
ELABORADO POR	Lic. Daila Gómez Alvarado	Analista Administrativo Secretaria de la Facultad	



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA**

MEMORÁNDUM N.- 033- S-FCS
Babahoyo abril 24, 2017

PARA: Leda. Karina De Mora Litardo, MSc.
RESPONSABLE COMISION INVESTIGACION DESARROLLO
Y EMPRENDIMIENTO-CIDE- FACULTAD.

DE: Ab. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA FAC. CIENCIAS DE LA SALUD

ASUNTO: entrega R.C.D.

Señora Coordinadora General CIDE-FAC. Para los fines consiguientes se remite la Resolución # 29 adoptada en sesión ordinaria de Consejo Directivo de la Facultad de fecha 9 de febrero 2017.
Se adjunta la certificación de cada uno de Egresado.

VIGESIMA NOVENA RESOLUCION.- Secretaria General de la Facultad presenta el informe de culminación de estudios de los señores: ACOSTA RODRIGUEZ INGRID PAOLA, GONZALVO PEREZ ISAAC EMANUEL, Y TAPIA PEÑA JESSIE

Informe de revisión del portafolio estudiantil por la culminación de estudios y cumplimiento de todos los requisitos académicos y legales de TRES estudiantes de la carrera de OPTOMETRIA DEL PERIODO 2015-2016, PREVIO A LA TITULACION, cuya nómina se detalla:

CARRERA: OPTOMETRIA

CURSO: CUARTO

PERIODO ACADÉMICO: 2015/2016

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CEPILADO DE DENTADURA	MATRÍCULA (NÚMERO)	ESTUDIOS	MATRÍCULA (NÚMERO)	PERIODO DE ESTUDIOS (UTR)	GRADUACIÓN (Fecha)	FUNDACIÓN HOSPITAL/REAL-INTERNO	REGISTRO EN CENTRO DE REGISTROS (CEPRED)	FECHA DE CULMINACIÓN DE ESTUDIOS	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	FECHA DE CULMINACIÓN DEL PROYECTO
1	ACOSTA RODRIGUEZ INGRID PAOLA		222579495	126	NO SI	14 JUN.2010	11 ABRIL 2016	Fundación Vite para Todos: Quito, Hosp. Cristiano de Especialidades Miraflores, Optica Babahoyo (25 MAY.2015, 20 JUL.2015, 20 AGOST.2015, 9/18 MAYO 2016) 102 HRS.	CERTIF.CENID.7 JUN.9.2016	02.02.2016	1 JUL./16	04.03.16
2	GONZALVO PEREZ ISAAC EMANUEL		2207106124	87	NO SI	14 JUN.2010	11 ABRIL 2016	Fundación Vite para Todos: Quito, Hosp. Cristiano de Especialidades Miraflores, Optica Babahoyo (1 JUN.2015, 24 JUL./16 SEPT.2015, 20 JUN./16 JUL.2016) 102 HRS.	CERTIF.CENID.7 DIC.2016	02.02.2016	1 JUL./16	04.03.16

Archivar Resolución y los certificaciones, con copia a los estudiantes, para que paguen los copios respectivos y se archiven en la



*Recibido
25/04/2017
Karina De Mora*



Universidad Técnica De Babahoyo

Babahoyo, mayo 3 de 2017

Doctora
Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Yo, **Gonzalvo Pérez Isaac Emanuel**, con C.I. 120710822-4, egresado de la carrera de **Optometría** de la **Facultad de Ciencias de la Salud**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda me recepte la documentación para inscripción en el Proceso de Titulación en la modalidad Examen Complexivo de esta Facultad.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable le reitero mis agradecimientos.

Atentamente,


Gonzalvo Pérez Isaac Emanuel


03/05/2017 10:10 AM



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA DE OPTOMETRÍA



Babahoyo, agosto 7 de 2017


Doctora
Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-


De mis consideraciones:

Yo, **Isaac Emanuel Golzalvo Pérez**, con cedula de ciudadanía 120710822-4, egresado de la carrera de **Optometría**, por medio de la presente hago la entrega del Tema: **BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA Y AMBLIOPIA EN NIÑA DE 10 AÑOS DE EDAD**, el mismo que debe ser aprobado por las autoridades respectivas para continuar con la defensa del caso clínico, práctico, en el proceso de Titulación modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Isaac Emanuel Golzalvo Pérez
C.I. 120710822-4


07/08/2017 MA 11-07D

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

CASO N°4:

Se trata de una niña de 10 años de edad, refiere su madre que nació con un párpado caído que le tapaba casi todo el ojo solo quedaba una hendidura palpebral muy discreta en el OD; como no tenía posibilidad económica no pudo operarla cuando era más pequeña, pero afortunadamente logró la cirugía de la Ptosis del OD y quedó muy bien ese párpado. Examen oftalmológico observamos:

AVSC OD	20/400 no mejora con cristales
AVSC OI	20/20

BM: Normal AO

MO: Normal AO

FO: Normal AO

Valore de forma integral el caso clínico descrito, siguiendo la metodología entregada por la unidad de Titulación para el desarrollo de dicho caso.

120710822-4

ISFAC EMANUEL GONZALVO PEREZ

OPTOMETRIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA DE OPTOMETRÍA



Babahoyo, agosto 21 de 2017

Doctora
Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mis consideraciones:

Yo, **ISAAC EMANUEL GONZALVO PÉREZ**, con cedula de ciudadanía 120710822-4, estudiante de la carrera de **Optometría**, por medio de la presente hago la entrega **CASO CLÍNICO** cuyo Tema versa: **BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA Y AMBLIOPÍA EN NIÑA DE 10 AÑOS DE EDAD.**

Anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


ISAAC EMANUEL GONZALVO PÉREZ
ESTUDIANTE


21/08/2017 12:27



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE OPTOMETRÍA



Babahoyo, 21 de agosto del 2017


A. Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **ISAAC EMANUEL GONZALVO PÉREZ** con cédula de ciudadanía N° 120710822-4, egresado de la Escuela de Tecnología Médica, carrera OPTOMETRÍA, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepen los tres anillados requeridos en la Componente Práctico (Caso Clínico) del Examen Complexivo de GRACIA tema: **BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA CON AMBLIOPIA EN NIÑA DE 10 AÑOS DE EDAD**, para que pueda ser evaluado por el jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,


Isaac Emanuel Gonzalvo Pérez
C.I. 120710822-4


21/08/2017 14:00M



Universidad Técnica De Babahoyo

Babahoyo, agosto 28 de 2017

Doctora
Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mis consideraciones:

Yo, **GONZALVO PEREZ ISAAC EMANUEL**, con cedula de ciudadanía **120710822-4**, egresada de la carrera de **Optometría**, por medio de la presente solicito a usted autorice a quien corresponda se me tome el **EXAMEN DE GRACIA** en lo que estipula el **Artículo 24** del Reglamento de la Unidad Especial de Titulación de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Gonzalvo Perez Isaac Emanuel
C.I. 120710822-4

Recibido
Dra. Alina
29/8/2017



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE OPTOMETRÍA



Babahoyo, 1 de septiembre del 2017


A. Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **ISAAC EMANUEL GONZALVO PÉREZ** con cédula de ciudadanía N° 120710822-4, egresado de la Escuela de Tecnología Médica, carrera **OPTOMETRÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepcionen los tres anillados requeridos en la Componente Práctico (Caso Clínico) del Examen Complexivo de GRACIA tema: BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA CON AMBLIOPIA EN NIÑA DE 10 AÑOS DE EDAD, para que pueda ser evaluado por el jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,


Isaac Emanuel Gonzalvo Pérez
C.I. 120710822-4


21/08/2017 18:40