



**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
EXOTROPIA EN PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS**

**AUTOR
SR. JHONNY OSWALDO MONTIEL
MONTERO**

BABAHOYO-LOS RÍOS - 2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. HERMAN ROMERO RAMÍREZ, MSC.
DECANA O DELEGADO (A)

LIC. JAVIER ANTONIO ZURITA GAIBOR, MSC.
COORDINADOR DE LA CARREA
O DELEGADO (A)

LIC. JHONNY GUSTAVO RICCARDI PALACIOS, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de instrucción educativa a mis amores más grandes como son mis padres Lila y Jhonny mis mejores amigos, mis mejores guías. A ellos todo este esfuerzo Dios les pague padres míos.

JHONNY OSWALDO MONTIEL MONTERO

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento muy especial a dios por sobre todas las cosas por haberme bendecido con la capacidad de receptor de cada uno de mis maestros sus conocimientos y así llegar a esta etapa de mi vida personal y hoy por hoy ya profesional luego también a mis amados padres por su apoyo incondicional y constancia total al estar pendiente de todo este proceso académico que será de utilidad pública al poner al servicio de mi país todo lo aprendido en mi amado templo del conocimiento Universidad Técnica de Babahoyo, a todos mil gracias.

JHONNY OSWALDO MONTIEL MONTERO.

INDICE

Portada	
Tribunal de Sustentación	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
Tabla de figuras	v
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO	2
El Estrabismo.....	2
Estrabismo infantil.....	2
Desarrollo visual en el primer año de vida	3
Reflejos monoculares	4
Reflejos binoculares	5
Clasificación del Estrabismo	5
Endotropia.....	6
Endotropia congénita	7
Endotropia adquirida	7
Endotropia acomodativa.....	7
Microtropia o micro-endotropia.....	7
Exotropia	7
Idiopática.....	8
Secundaria.....	8
Intermitente	8
Persistente	8
Exotropia por privación.....	8
Insuficiencia de convergencia.....	8
Exceso de divergencia.....	8
Estrabismo paralítico	8
Estrabismo secundario	9
Toxoplasmosis Ocular	9
Signos y síntomas.....	9
Clasificación de la Toxoplasmosis Ocular	10
TRATAMIENTO.....	10
Tratamiento clásico	11
Otras drogas	11
Otros tratamientos	12
PRONÓSTICO. -	12

JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS:	13
GENERAL:	13
ESPECÌFICOS:	13
DATOS GENERALES:.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO Análisis del motivo de la consulta.....	14
Historial clínico del paciente	14
Anamnesis.....	14
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.....	15
Biomicroscopía	15
Exámenes complementarios:.....	15
Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.	16
Conducta a seguir.....	16
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	16
Seguimiento.....	16
Observaciones.....	16
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
LINKOGRAFIA	18
ANEXOS	19

Tabla de figuras.

Figura 1:Desarrollo Visual.....	19
Figura 2: Exotropia en ojo derecho	19
Figura 3: Cicatriz en área macular	20
Figura 4: Educación visual.....	21

INTRODUCCIÓN

El estrabismo es una alteración en el cual se pierde el alineamiento de los ojos el cual se pudo originar por muchos medios causantes por lo tanto es de importancia el pronto diagnóstico para evitar un serio problema visual que conlleve a una discapacidad visual desencadenando un sin número de problemas al realizar actividades 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 5 años de edad parece no ver bien del ojo derecho, vira la cabeza hacia ese mismo lado para ver la tv y realizar las tareas.

La niña presenta una agudeza visual en ojo derecho CD a 4 m. la cual no mejora con corrección y en ojo izquierdo 20/70 la cual llega a su máxima corrección de 20/20 con una medida de $-6.50 -2.75 \times 180^\circ$, biomicroscopía del ojo derecho de aspecto normal aunque una exotropía de 5 grados y el ojo izquierdo de aspecto normal.

Debemos tener en cuenta que la desviación no solo se puede originar debido a una desalineamiento de los ejes visuales por lo tanto debemos realizar un control oftalmológico y optométrico anual para evitar problemas visuales que conlleven una perdida irreversible de la visión.

I. MARCO TEÓRICO

El Estrabismo

Condición en la que los ejes visuales no están adecuadamente alineados el uno respecto del otro para conseguir fijación bifoveal. (Vecilla, 2010)

Estrabismo infantil

El estrabismo infantil es una afección ocular más común de lo que cabría esperar. Se trata de una pérdida de paralelismo entre ambos ojos, provocando que cada uno se dirija hacia un lado ocasionando cierto bizqueo. Detectar el estrabismo en edades tempranas es prioritario para evitar la pérdida de visión.

Brugnoli et al (2007)

El estrabismo infantil es uno de los defectos visuales más preocupantes en niños pequeños. Se produce cuando las funciones binoculares no son correctas, los ojos se mueven de forma desincronizada y pierden la alineación. Una de las consecuencias más importantes es que, al percibir el cerebro imágenes muy diferentes, es incapaz de fusionarlas y se ve obligado a descartar una de ellas (generalmente la de peor nitidez) para evitar la visión doble o diplopía. (Ofelia Brugnoli de Pagano, 2007)

Cuando esta situación en la que el cerebro elimina la visión de un ojo se da de forma prolongada, se corre el riesgo de que el ojo que no se utiliza no desarrolle su visión correctamente y se convierta en ojo vago o ambliope, una situación difícil de revertir pasados los 9 años de edad. (Ofelia Brugnoli de Pagano, 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. (Ofelia Brugnoli de Pagano, 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. (Ofelia Brugnoli de Pagano, 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 4° mes, pero su evaluación deberá ser a partir de los 3 años de edad, donde el niño sea capaz de entender los test.

– **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.

Clasificación del Estrabismo

El estrabismo aparece con la falta de alineación de uno o ambos ejes visuales. Cuando esto ocurre uno de los ojos funcionará como ojo fijador, y el otro será el ojo desviado.

Aunque parece algo simple, no todos los estrabismos son iguales. Podemos distinguir varios tipos en base a una serie de parámetros que ayudarán al oftalmólogo también a determinar la causa y el posible tratamiento.

El estrabismo no es una afección única de la infancia. La realidad es que, pese a ser mucho más común en edades tempranas, es posible que su aparición se produzca en la edad adulta.

Existen varias formas de clasificar el estrabismo, pero una de las más usadas es la siguiente:

- Estrabismo comitante: Cuando la desviación es igual en todas las posiciones de la mirada.
- Estrabismo incomitante: El grado de desviación cambia con la posición de la mirada. (Vecilla, 2010)

Existe otra clasificación que depende de la dirección de la desviación:

- Endotropia: El estrabismo es convergente, el ojo desviado dirige la mirada hacía la nariz
- Exotropia: El estrabismo es divergente, la dirección de la mirada del ojo desviado se aleja de la nariz.
- Hipertropia: El estrabismo es vertical y el ojo desviado dirige la mirada hacia arriba
- Hipotropia: El estrabismo es vertical y el ojo desviado dirige la mirada hacia abajo. (Vecilla, 2010)

En algunos casos de estrabismo el ojo desviado siempre es el mismo, en otros casos la desviación se alterna entre cada ojo. Los niños recién nacidos y hasta los 3 meses pueden presentar estrabismo, el cual mejora en la medida en que mejora la maduración visual. (AltaVision, 2017)

Pseudostrabismo: Es la apariencia de estrabismo, que se da por la presencia del pliegue epicántico, el cual es un repliegue de piel en la parte nasal del canto interno o en los párpados cerca de la nariz. (AltaVision, 2017)

Endotropia

En este tipo de estrabismo los ojos se desvían hacia adentro (conocido también como ojos bizcos). La magnitud de la desviación es variable y en algunas personas el estrabismo es manifiesto o detectable a simple vista y en otros pacientes sólo es detectable con pruebas especiales por parte del médico especialista en oftalmología. (AltaVision, 2017)

Principales tipos de endotropia

Endotropia congénita

Se presenta en los primeros 3 meses de la vida y en la mayoría de las ocasiones como un estrabismo de gran ángulo.

La causa de la endotropia congénita es multifactorial y se cree que se origina en una alteración primaria del mecanismo de fusión binocular que impide desde el nacimiento la alineación correcta de los ejes visuales. La principal complicación es la ambliopía.

Endotropia adquirida

Su aparición es en niños mayores de 6 meses y se presenta como un estrabismo de gran ángulo. Tiene un gran componente genético y puede aparecer de forma aguda tras un episodio de fiebre o estrés psicológico o puede aparecer de forma intermitente hasta hacerse permanente.

Endotropia acomodativa

Suele aparecer alrededor de los 2 años de edad, pero también puede aparecer en la vida adulta por descompensación de una endoforia acomodativa secundario a alteración de las vergencias fusionales.

Es un tipo de endotropia que va acompañada con la hipermetropía, y que por lo tanto cede total o parcialmente en su desviación con la corrección mediante el uso de gafas o lentes de contacto. La principal complicación es la ambliopía.

Microtropia o micro-endotropia

También conocida como endotropia de pequeño ángulo, suele ser monocular y se suele asociar a ambliopía moderada y recidivante.

Es una condición altamente hereditaria. En ciertos casos puede descompensarse y convertirse en una endotropia de ángulo variable.

Exotropia

En este tipo de estrabismo el ojo se desvía hacia fuera.

Las exotropias se definen por la desviación hacia fuera de uno de los ejes oculares, en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija un objeto. (Dra. Elida E. Adán-Hurtado, 2009)

Principales tipos de exotropia:

Idiopática

Se presenta sin una causa aparente

Secundaria

Se pueden presentar posterior a un trauma, a una alteración neurológica,

Intermitente

Es un tipo de exotropia que se presenta en algunos momentos, pero que en otros los ojos se mantienen alineados.

Persistente

Es una exotropia en que la desviación de los ojos permanece evidente todo el tiempo

Exotropia por privación

Ocurre cuando un ojo pierde su capacidad visual, con lo cual el ojo con baja visión o ciego se desvía hacia afuera

Insuficiencia de convergencia

Cuando existe debilidad importante en los ojos encargados de dirigir la mirada hacia el interior o hacia la parte nasal.

Suele no ser evidente a simple vista, pero suele causar un microestrabismo muy sintomático.

Exceso de divergencia

Ocurre por un aumento en la fuerza de los músculos encargados de dirigir la visión hacia el exterior.

Suele ser una desviación muy sintomática, que se hace evidente en visión lejana.

Estrabismo paralítico

Es un tipo de estrabismo que se presenta a consecuencia de la parálisis de uno o de varios músculos.

El estrabismo paralítico se puede dar por una lesión neurológica, es decir por una alteración en uno de los nervios encargados de inervar los músculos o

por una lesión directa en uno de los músculos encargados del movimiento ocular. Puede ser parcial (paresia) o total (parálisis)

Siempre que se presenta un estrabismo paralítico es necesario identificar la causa y se debe realizar un estudio completo por parte del médico oftalmólogo o especialista en oftalmología entre los que se incluyen estudios metabólicos, descartar enfermedades autoinmunes y estudios mediante imágenes cerebrales. AltaVision (2017)

Estrabismo secundario

Son un tipo de estrabismo que se presenta secundario a otras enfermedades o condiciones:

- Secundario a enfermedades cerebrales
- Secundario a traumas
- Secundario a una cirugía de estrabismo
- Estrabismo por privación

Toxoplasmosis Ocular

La toxoplasmosis ocular es una enfermedad producida por el parásito *Toxoplasma gondii*, y constituye la causa más frecuente de uveítis posterior que se traduce en la inflamación de la úvea o capa media del globo ocular, encargada, entre otras funciones, de suministrar sangre a la retina o membrana interior del ojo. Normalmente a nivel ocular produce una severa inflamación de la retina y la úvea posterior o coroides, conocidas como retinocoroiditis. (Martin Reim, 2005)

Cada reactivación supone un episodio inflamatorio-infeccioso que se traduce en daño estructural y, en muchos casos, mayor pérdida visual. (Torrente, 2013)

Signos y síntomas

La infección por el parásito *Toxoplasma gondii* no es sinónimo de enfermedad, la cual suele cursar de manera asintomática o con síntomas muy ligeros, benignos, de corta duración, y rara vez compromete otros órganos en los pacientes con sistemas de defensa (inmunitarios) normales. Una fase aguda de este padecimiento podría manifestarse por inflamación de los

ganglios de la región cervical, fiebre y decaimiento (astenia). Ahora bien, en los inmunodeficientes y enfermos de sida el comportamiento de esta dolencia es diferente. Puede ser muy grave, y hasta mortal, debido a que origina afectaciones en varios órganos, entre ellos el cerebro. (Hernandez, 2017)

Clasificación de la Toxoplasmosis Ocular

Puede ser congénita y declararse al nacimiento, o aparecer posteriormente, con mayor frecuencia entre los 10 y los 20 años; o ser adquirida, y presentarse entonces en cualquier momento de la vida. Como manifestaciones, en los niños pequeños predominan el estrabismo, la leucocoria o pupila blanca y el nistagmo (movimientos oculares espontáneos). En los niños mayores, adolescentes y adultos los síntomas más comunes son enturbiamiento de la agudeza visual o pérdida de la visión central. En ocasiones la afección no da síntomas y suelen diagnosticarse durante exploraciones de rutina. (Hernandez, 2017)

TRATAMIENTO

La toxoplasmosis ocular es una enfermedad en la que se produce necrosis retiniana por proliferación del parásito asociada a inflamación en toda la cavidad ocular por reacción de hipersensibilidad. Los objetivos del tratamiento en la toxoplasmosis ocular se dirigen a eliminar rápidamente el parásito y reducir el proceso inflamatorio para limitar el daño retiniano, además de prevenir futuras recidivas y evitar la diseminación del parásito en pacientes inmunosuprimidos. Hasta el momento no se cuenta con tal tratamiento ideal. (Dodds, 2003)

Las drogas utilizadas actualmente actúan sobre el parásito que se replica, pero no sobre los quistes tisulares.

Si bien son múltiples drogas las que se utilizan para el tratamiento de la toxoplasmosis ocular, ninguna ha demostrado superioridad sobre el tratamiento clásico que fue descrito en 1953 y hasta el momento continúa siendo el

tratamiento más económico.

Como puede ser una enfermedad autolimitada, algunas lesiones probablemente no requieran tratamiento: lesiones pequeñas, periféricas, sin inflamación asociada que perturben la agudeza visual. (Dodds, 2003)

Tratamiento clásico

Una de las grandes ventajas que tiene el tratamiento clásico es que con este tratamiento se logra obtener una cicatriz de menor tamaño comparado con otros tratamientos o con la simple observación. Se utiliza pirimetamina en dosis de 25 mg diarios asociado con sulfadiacina en dosis de 500 mg a 1 gramo cada 6 horas. Esta asociación actúa sobre diferentes enzimas en la síntesis de ADN del parásito resultando en un efecto sinérgico. (Dodds, 2003)

Para evitar los efectos tóxicos de la pirimetamina sobre las células sanguíneas del humano se utiliza ácido fólico en dosis de 5-15 mg 3 veces por semana.

A este tratamiento clásico se le agrega el tratamiento antiinflamatorio con metilprednisona por vía oral, comenzando con dosis de 1 mg/kg/día y reduciendo gradualmente la dosis para completar un tratamiento de 15 a 20 días de acuerdo a la magnitud del cuadro inflamatorio y de la respuesta clínica. Siempre se debe terminar el tratamiento con corticoides antes de suspender la pirimetamina y sulfadiazina. Por los potenciales efectos colaterales deben monitorizarse los leucocitos y plaquetas cada 7-10 días mientras dure el tratamiento con pirimetamina. (Dodds, 2003)

Otras drogas

Otros tratamientos propuestos son la utilización de clindamicina en dosis de 300 mg c/6 horas asociado al tratamiento clásico, o también puede administrarse junto con la combinación de trimetoprima-sulfametoxazol en dosis de 1 comprimido c/12 hs. Esta asociación tiene la ventaja de no requerir controles hematológicos pero la desventaja de ser más caro que el tratamiento clásico.

Una droga que inicialmente se pensaba que podía tener un efecto sobre los quistes tisulares es el atovaquone. Sin embargo, clínicamente no ha demostrado disminución en las recurrencias de la enfermedad y por otro lado es un tratamiento largo y costoso. (Dodds, 2003)

Otras drogas utilizadas son la espiramicina, azitromicina, claritomicina y tetraciclinas.

Otros tratamientos

La fotocoagulación con láser es una alternativa que sólo debe utilizarse cuando hay formas resistentes de toxoplasmosis ocular. También podría utilizarse cuando hay intolerancia o complicaciones severas por el tratamiento médico. El tratamiento con láser no previene recurrencias y aumenta el tamaño de la cicatriz.

Existen indicaciones para vitrectomía en los pacientes con toxoplasmosis ocular y es cuando hay persistencia de vítreo turbio con visión reducida durante más de 6 meses. Otra indicación sería la vitrectomía diagnóstica cuando no hay visión del fondo de ojo o cuando se presenta un vítreo turbio asociado a un desprendimiento de retina. (Dodds, 2003)

PRONÓSTICO. -

Debido a la magnitud de la cicatriz en la mácula no mejorará la visión en el ojo derecho, aunque se corrija la exotropía con tratamiento quirúrgico al no existir fijación foveal los ejes se mantendrán alineados por un tiempo pero volverá a aparecer la desviación y los movimientos compensatorios (torticollis). Para el ojo izquierdo se volverá a examinar porque la primera evaluación no es confiable ya que no hubo la colaboración necesaria por lo que realizaremos una retinoscopia que nos dará resultados objetivos, verdaderos y confiables.

JUSTIFICACIÓN

El estrabismo en niños es una afección ocular muy común perdiendo el paralelismo entre ambos ojos, provocando que un ojo se dirija hacia un lado ocasionando movimientos compensatorios, bizquera y visión doble. Es de tener en cuenta que la corrección del estrabismo no solo conlleva a utilizar parches o un lente con prisma, se debe realizar un estudio oftalmológico descartando todo tipo de consecuencias que originan el estrabismo en este caso y dar el mejor tratamiento que mejore la visión a esta paciente. Además, es de sumo interés analizarlo como requisito previo a la obtención de título de Licenciado en Optometría.

OBJETIVOS:

GENERAL:

- ✓ Determinar la causa de la exotropia en paciente femenino de 5 años

ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar los diagnósticos diferenciales que causan la desviación del ojo derecho
- ✓ Implementar los exámenes optométricos aprendidos para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- ✓ Establecer que otras patologías estarían amenazando la visión de la paciente.

DATOS GENERALES:

Nombres Completos: _____

Edad: 5 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Ocupación: Estudiante

Nivel de estudios: Primaria

Nivel socio cultural/económico: Bajo

Procedencia Geográfica: Ventanas-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: No refiere
- ✓ Antecedente social; No refiere
- ✓ Antecedentes patológicos familiares; No refiere

Anamnesis

Madre refiere que su hija de 5 años parece no ver bien del ojo derecho, vira la cabeza hacia ese mismo lado para ver la televisión y realizar las tareas.

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

Variables	Conceptual	Operacional	Indicadores
Cicatriz coroidoretinial	Cicatriz necrótica en el área retiniana	Fondo de ojo	Mm de magnitud
exotropía	Desviación de los ejes visuales. Hacia el lateral	Motilidad ocular	Grados de desviación

Exploración clínica

- ✓ Determinación de Agudeza Visual Subjetivo

AVsc

OD CD 4m NC

OI 20/70 J4

Biomicroscopía

- ✓ OD segmento anterior sano y segmento posterior papila de bordes definidos, cicatriz extensa oscura a nivel del área macular.
- ✓ OI segmento anterior y posterior sanos
- ✓ Exploración clínica motora:
- ✓ Movimientos oculares: exotropía de 5 grados en OD

Exámenes complementarios:

Se derivó al oftalmólogo, quien confirmó el diagnóstico y envió exámenes de laboratorio para identificar el origen de la cicatriz corioretinal, ya que presenta indicios de toxoplasmosis antigua reenviándolo a optometría para una nueva revisión refractiva.

Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Al hacer un análisis del caso clínico, nos damos cuenta que el examen visual es necesario hacerlo a temprana edad desde los 3 años ya que el niño puede reconocer figuras objetos y tener en cuenta las posiciones de la mirada fotos acercamiento al televisor todos estos síntomas que refiera el niño que puedan ser manifestación de un problema visual, ya que esperar a una edad que pueda referir claramente lo que siente puede ser muy tarde.

Conducta a seguir.

Se conversa con la madre explicando que debido a la cicatriz coriorretinal no mejorara la visión del ojo derecho por lo que nos concentraremos en mejorar la visión del ojo izquierdo realizando una refracción bajo ciclopejia junto a una retinoscopía para obtener mejores resultados.

Se prescribirán lentes y procuraremos que la paciente se acostumbre a usar su ojo de mayor condición visual ya sea realizando terapias de oclusión del ojo derecho por lo cual se deriva a un oftalmólogo.

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

En este caso de déficit del desarrollo visual provocado por una enfermedad sistémica que desarrolla una consecuencia ocular y no reversible, una cicatriz en el área macular por no haber tenido un diagnóstico de toxoplasmosis a su debido momento.

Seguimiento.

Control anual optométrico y oftalmológico anual.

Observaciones.

No se puede realizar ningún método existente debido a que está afectada funcionalmente el área de la visión central y debemos cuidar la visión del ojo izquierdo porque es el ojo con mejor estado.

CONCLUSIONES

Toda persona debe hacerse un examen clínico a los 3 años para prevenir algún desorden sensorial ligado a la visión.

Las alteraciones en el área macular debido a parásitos en la mayoría desencadenan pérdidas visuales irreversibles.

La retinoscopia con cicloplejia es la herramienta perfecta en pacientes infantiles de poca colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AltaVision. (2017). *AltaVision*. Obtenido de AltaVision- Estrabismo:
<http://www.estrabismo.com.co/hablemos-de-estrabismo/clasificacion-del-estrabismo>
- Dodds, E. M. (2003). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO- Toxoplasmosis Ocular tratamiento: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912003001000004
- Hernandez, E. M. (2017). *Granma Consultas Medicas*. Obtenido de Granma Consultas Medicas- Toxoplasmosis Ocular:
<http://www.granma.cu/granmad/salud/consultas/t/c20.html>
- Martin Reim, B. K. (2005). *Examen del fondo de ojo*. Madrid- España: Medica Panamericana S.A.
- Ofelia Brugnoli de Pagano, M. B. (2007). *Estrabismo Semiologia Sensorial y motora*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Católica de Salta.
- Vecilla, M. (2010). *Manual de Optometria*. Madrid, España: Panamerica en editorial Médica.

LINKOGRAFIA

- <https://kidshealth.org/es/parents/strabismus-esp.html>
- <https://www.rahhal.com/blog/estrabismo-infantil-causas-tratamientos/>
- <https://cop.cl/tratamiento/estrabismo/>
- <https://kidshealth.org/es/parents/toxoplasmosis-esp.html>

ANEXOS



Figura 1: Desarrollo Visual



Figura 2: Exotropia en ojo derecho

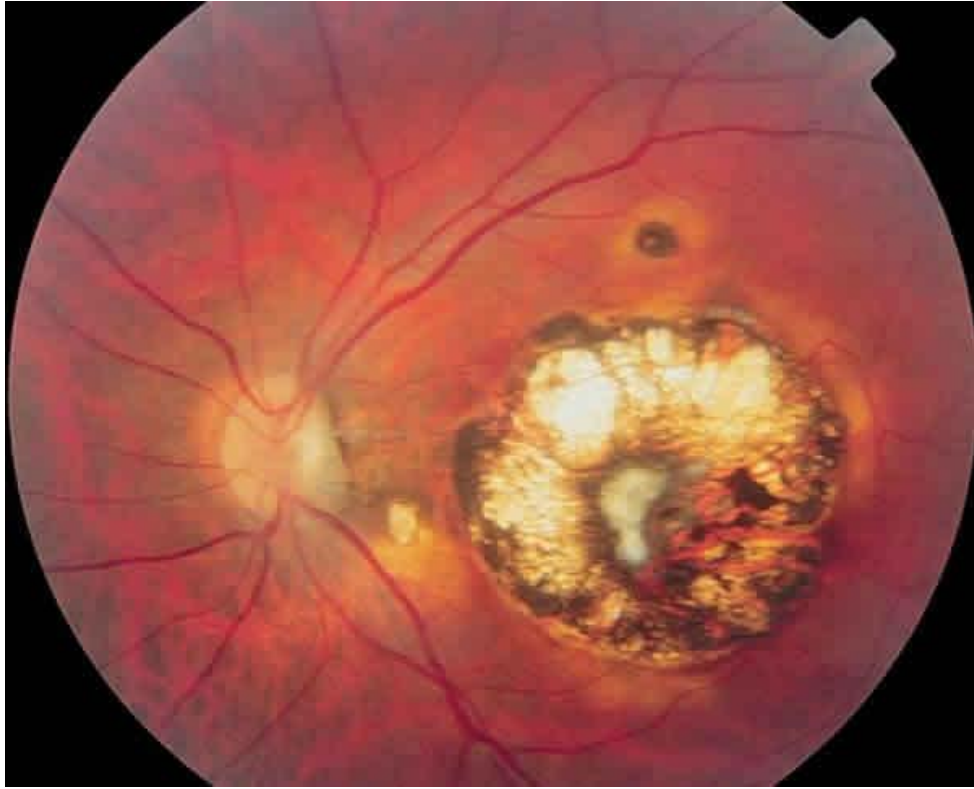


Figura 3: Cicatriz en área macular



Figura 4: Educación visual



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA



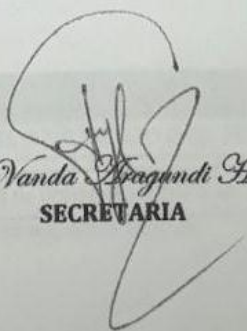
CERTIFICACION

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

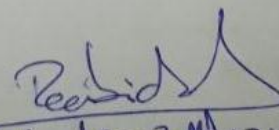
Certifica:

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 21 de septiembre 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, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: **MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO**, C.I. 1205274010 en la carrera de **OPTOMETRIA**. Por consiguiente se encuentra **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, 27 de Septiembre del 2017


Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA




03/10/2017 M 17:35 M





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

CECULA:	1205274010	
NOMBRES:	JHONNY OSWALDO	
APELLIDOS:	MONTIEL MONTERO	
SEXO:	MASCULINO	
NACIONALIDAD:	ECUATORIANO	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	AV. ANTONIO GUERRA Y BARTOLOME BASDIDAS	
TÉLEFONO DE CONTACTO:	0988318335	
CORREO ELECTRÓNICO:	JHOMOMO94@HOTMAIL.COM	

APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	NO
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI

DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE

FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA:	OPTOMETRIA
MODALIDAD:	SEMESTRE
FECHA DE FINALIZACIÓN	
MALLA CURRICULAR:	09/15/2017
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NO
TRABAJA:	NO
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NO

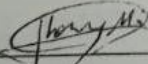
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA

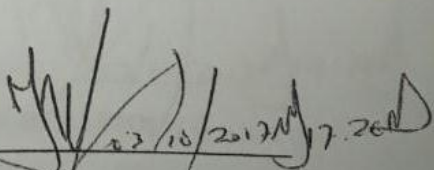
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

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, 3 de Octubre de 2017


 ESTUDIANTE


 SECRETARIO(A)





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

Señor.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **JHONNY OSWALDO MONTIEL MONTERO** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1205274010** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: Abril 2017 - Septiembre 2017 ;

estudiante de la carrera de: **OPTOMETRIA**

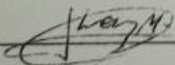
una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación por medio de de la siguiente opción de titulación:

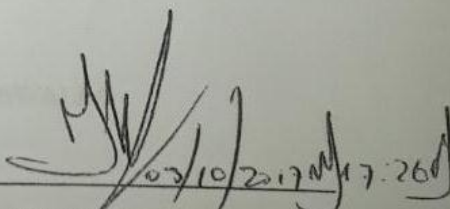
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **JHOMOMO94@HOTMAIL.COM**

Por la ateción al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,


ESTUDIANTE


SECRETARIO(A)





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



Babahoyo, octubre 3 de 2017

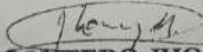
A. Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
En su despacho.-

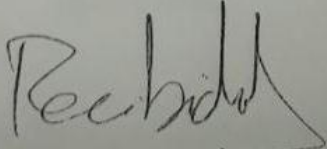
De mi consideración:

Por medio de la presente, **MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO**, con C.I. **120527401-0**, egresado (a) 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 pertinente para la inscripción al Proceso de Titulación en la modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

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

Atentamente,


MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO
C.I. 120527401-0
Solicitante


03/10/2017 17:27



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



Babahoyo, 14 de junio del 2018

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:

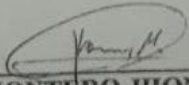
Por medio de la presente Yo, **MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO** con cédula de ciudadanía N° **120527401-0**, egresado de la Escuela de Tecnología Médica, carrera **OPTOMETRÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte el Componente Práctico (Caso Clínico N° 7) del Examen Complexivo con el Tema:

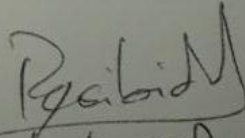
EXOTROPIA EN PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS

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,


MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO
C.I. 120527401-0


14/06/2018 14:54

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

CASO N° 7:

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAÍDA AL CONSULTORIO PORQUE REFIERE SU MADRE HA NOTADO QUE SU HIJA PARECE NO VER BIEN DEL OD, VIRA LA CABEZA HACIA ESE MISMO LADO PARA VER LA TV Y REALIZAR LAS TAREAS.

APP-NINGUNO

EXÁMEN FÍSICO

TORTÍCOLIS COMPENSATORIA

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

CD 4 MT NO CORRIGE CC

20/70 20/20 CC -6.50 -2.75 X 180 POCO COLABORADORA.

BIOMICROSCOPIA

OD- DE ASPECTO NORMAL AUNQUE UNA EXOTROPIA DE 5 GRADOS, RESTO OK

OI-NORMAL

FONDO DE OJO –OD- PAPILA DE BORDES DEFINIDOS, CICATRIZ EXTENSA OSCURA A NIVEL DEL ÁREA MACULAR

OI-NORMAL.

1-VALORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE

2-FORMULAR EL DIAGNÓSTICO DE OPTOMETRÍA PREVIO ANÁLISIS.

3-QUE OTRO DIAGNOSTICO OFTALMOLÓGICO PRESENTE EN ÉSTA PACIENTE QUE LE ORIGINÓ SUPRESIÓN DE LA VISIÓN DEL OD.



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



Babahoyo, 27 de junio del 2018

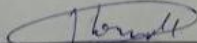
Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

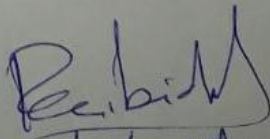
De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **MONTIEL MONTERO JHONNY OSWALDO** con cédula de ciudadanía N° **120527401-0**, 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 del Componente Práctico (Caso Clínico) Examen Complexivo. Tema: **EXOTROPIA EN PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS**, para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el H. Consejo Directivo.

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

Atentamente,


Montiel Montero Jhonny Oswaldo
C.I. 120527401-0


27/06/2018 14:37 M