



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OPTOMETRÍA

**Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de licenciada en optometría**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

HIPERMETROPIA EN PACIENTE DE 6 AÑOS

Autora

MILUSKA JARA SARCOS

Tutora

Dra. María Orellana Lamilla

Babahoyo-Los Ríos – Ecuador

2021

DEDICATORIA

Dedico a mis padres porque me ayudaron a seguir adelante a pesar de que como ser humano fallamos en cualquier momento ellos siempre han estado ahí a mis hijos porque son mi motor a seguir y por ellos yo sigo adelante con la ayuda de Dios y a toda mi familia

AGRADECIMIENTO

Agradezco especialmente a Dios por que al hay que ponerlo en primer lugar siempre por que sin él no somos nada le agradezco infinitamente a toda mi familia a ellos porque siempre han estado a mi lado en los momentos que más he necesitado de ellos porque me ayudan a cuidar a mis hijos agradeciendo a todas las personas que estuvieron a mi alrededor ayudándome

Índice general

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
título del caso clínico.....	5
Resumen.....	6
Summary.....	7
Introducción.....	8
I. Marco teórico	9
1.1 Justificación	19
1.2 Objetivos	20
1.2.1 Objetivos generales	20
1.2.2 Objetivos específicos	20
1.3 Datos generales del paciente	21
II .METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	22
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	22
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	23
2.3 Exploración clínica examen físico	23
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	24
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	25
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	25
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	26
2.8 Seguimiento.....	26
2.9 Observaciones	27
Conclusiones.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos.....	27

TEMA CASO CLÍNICO

HIPERMETROPIA EN PACIENTES DE 6 AÑOS DE EDAD

Resumen

El estrabismo convergente es la pérdida de paralelismo de los ojos del niño. Como consecuencia, se produce una desviación anormal de uno o ambos ojos en alguna de las posiciones de la mirada. Esta falta de alineación hace que ambos ojos no puedan enfocar un mismo punto simultáneamente. Puede ocurrir que uno de los ojos sea el dominante y el otro sea el que se desvía, así como alternancia entre ambos.

Una de las consecuencias más frecuentes del estrabismo infantil es que al percibir imágenes diferentes, el cerebro descarta una de ellas para evitar visión doble o diplopía, por lo que se corre el riesgo de que el ojo que no se utiliza no desarrolle adecuadamente su visión y se convierta en ojo vago o ambliope o que desarrollen defectos refractivos como la hipermetropía. Al nacer, y durante los primeros meses de vida, es frecuente que apreciemos cierto grado de desviación que puede ser normal. Si esto ocurre de manera constante o pasados los 6-7 meses de edad, puede que se trate de un estrabismo. Por eso, todos los niños que desvíen un ojo, deben ser explorados por un especialista en estrabismo infantil u oftalmólogo pediatra a los seis o siete meses de edad.

Hay que distinguir de un estrabismo lo que llamamos el **pseudoestrabismo**. En este caso da la sensación de que cuando el niño mira hacia un lado existe una desviación ocular, pero los músculos funcionan correctamente. Es decir, los ojos mantienen un paralelismo adecuado y no hay alteraciones de la visión binocular. Es un falso estrabismo que no precisa tratamiento porque al crecer el puente nasal del canto interno de ambos ojos se aproximará y dejará de dar esa sensación de desviación.

PALABRAS CLAVE: ESTRABISMO, AMBLIOPIA, CONVERGENCIA, PSEUDOESTRABISMO, DIPLOPIA

Summary

Convergent strabismus is the loss of parallelism of the child's eyes. As a consequence, there is an abnormal deviation of one or both eyes in any of the gaze positions. This lack of alignment means that both eyes cannot focus on the same point simultaneously. It may happen that one of the eyes is dominant and the other is he deviates, as well as alternation between both.

One of the most frequent consequences of childhood strabismus is that when perceiving different images, the brain discards one of them to avoid double vision or diplopia, so there is a risk that the eye that is not used does not develop its vision adequately and The eye becomes lazy or amblyopic or develops refractive errors such as hyperopia. At birth, and during the first months of life, we often notice a certain degree of deviation that may be normal. If this occurs consistently or after 6-7 months of age, it may be a strabismus. Therefore, all children who deviate an eye should be examined by a pediatric strabismus specialist or ophthalmologist at six or seven months of age.

We must distinguish from a strabismus what we call pseudostrabismus. In this case, it seems that when the child looks to the side there is an ocular deviation, but the muscles are working properly. That is, the eyes maintain an adequate parallelism and there are no alterations in binocular vision. It is a false strabismus that does not require treatment because as the nasal bridge of the inner canthus of both eyes grows, it will approach and stop giving that feeling of deviation.

KEY WORDS: STRABISM, AMBLIOPIA, CONVERGENCE, PSEUDOESTRABISM, DIPLOPIA

Introducción

Estrabismo convergente es un problema del ojo desviado hacia adentro cada día los padres llevan a sus niños con el oftalmólogo por que aquejan un problema refractivo como es la paciente de 6 años de edad que los padres refieren que tiene un problema visual y no mejora que lleva utilizando lentes desde los 4 años

Hoy hablamos de un problema ocular por el que los dos ojos no miran a un mismo punto: mientras uno mira hacia el frente, el otro permanece desviado. Es lo que se conoce como estrabismo y, aunque suele aparecer durante los 3 primeros años de vida, también puede darse posteriormente. En el caso del estrabismo del adulto (personas que no han sufrido esta afección desde su infancia), este suele ir asociado a ciertas enfermedades, como la diabetes, la enfermedad de Graves, tumores del sistema nervioso o Miastenia Gravis, además de a accidentes cerebrovasculares o como consecuencia de traumatismos.

El estrabismo convergente tiene diversas causas. En la mayoría de los casos se reconoce la desviación, pero no siempre los motivos que la producen. Estos pueden ir desde patrones genéticos y hereditarios hasta una fractura de los huesos de la cara, así como efectos secundarios de cirugías oculares o problemas relacionados con la tiroides.

I. Marco teórico

ESTRABISMO CONVERGENTE

El estrabismo es una anomalía de la vista que afecta a los músculos que controlan los movimientos de los ojos y, en consecuencia, a la dirección de la mirada. Existen diversos tipos de estrabismo en función de la dirección desviada a la que se dirige el ojo o de las características de dicha desviación. Los tipos más comunes de estrabismo son el primario, el secundario, y el especial. Así mismo, en el estrabismo primario, se identifican dos tipos: el estrabismo divergente, cuando el ojo se desvía hacia afuera; y el estrabismo convergente, que se produce cuando el ojo se desvía hacia el interior.



¿Cuáles son las causas del estrabismo convergente?

El estrabismo convergente tiene diversas causas. En la mayoría de los casos se reconoce la desviación, pero no siempre los motivos que la producen. Estos pueden ir desde patrones genéticos y hereditarios hasta una fractura de los huesos de la cara, así como efectos secundarios de cirugías oculares o problemas relacionados con la tiroides.

Sea como sea, lo cierto es que existe una alteración en el funcionamiento normal de los músculos que se encargan del movimiento de los ojos. Este tipo de estrabismo es el más habitual entre los pacientes, sobre todo en los niños.

En los adultos es mucho más fácil detectarlo, pues la persona afectada notará cierta deficiencia en la visión y una notable pérdida de la visión de profundidad. Sin embargo, también se puede identificar por síntomas como los siguientes:

- Desviación de un ojo (o de los dos) de forma constante.
- Dificultades para la lectura de textos a una distancia promedio.
- Cabeza inclinada hacia la derecha o hacia la izquierda.
- Pérdida de visión (la persona ve mejor por un ojo que por otro).
- En los niños, dificultad de concentración y bajo rendimiento en la escuela.

Los bebés también pueden presentar estrabismo convergente, aunque en estos casos no debe diagnosticarse como tal hasta después de los 6 ó 7 meses, pues es posible que la anomalía sea producto de una acomodación natural de la visión

Existen varios tipos de estrabismos convergentes:

- Infantil o esencial. Se suele manifestar hacia los 6 meses de edad., El paciente suele tener una ligera hipermetropía y antecedentes familiares oculares de este trastorno.
- Acomodativa. Lo más habitual es que venga producido por una alta hipermetropía.
- Por privación sensorial. Se produce por algún motivo que impide que el ojo desviado vea bien (opacidades corneales, cataratas, cicatrices en la retina...)
- Por insuficiencia de divergencia. En este caso, no se produce un alineamiento en la visión lejana.

Soluciones y tratamientos para el estrabismo convergente

Uno de los aspectos que tenemos que tener en cuenta es que, hoy en día, existen diferentes tratamientos posibles que van a permitir solucionar o mejorar un caso de estrabismo convergente. En este sentido, es fundamental tener en cuenta factores como la edad del paciente, así como el tipo y grado de estrabismo convergente que sufre.

A grandes rasgos, cabe diferenciar los tratamientos para el estrabismo en dos grandes tipos: tratamientos quirúrgicos y tratamientos no quirúrgicos.

En el caso de los tratamientos quirúrgicos, se trata de intervenciones que se realizan en los músculos de los ojos y que permiten que la dirección del ojo u ojos que padecen estrabismo sea la correcta. El tratamiento quirúrgico constituye la solución más eficaz en adultos, ya que se trata de pacientes que ya tienen formada la anatomía del ojo, por lo que los otros tratamientos no suelen ser tan eficaces. En cualquier caso, será el médico especialista quien deba valorar cada caso en particular.

Por otra parte, los tratamientos no quirúrgicos son todos aquellos que permiten corregir (completa o parcialmente) el estrabismo convergente. Este tipo de tratamientos son los más utilizados en niños, ya que son personas que todavía están en desarrollo y crecimiento, lo que permite que se pueda adecuar la dirección de la vista con mayor facilidad gracias a este tipo de tratamientos. Entre los más comunes, cabe destacar el uso de gafas especiales para corregir el estrabismo, toxina botulínica, el uso de parches o gotas para los ojos, así como la realización de determinados ejercicios visuales que permitirán mejorar y corregir los movimientos de los músculos del ojo.

Detección precoz en niños

Como se ha podido ver, el tratamiento no quirúrgico es especialmente importante en el caso de los niños, especialmente cuando comienza a comprometer la visión. Debido precisamente a esto, es fundamental que la detección del estrabismo en niños se lleve a cabo de forma precoz, ya que será lo que permitirá que se puedan iniciar tratamientos no quirúrgicos cuanto antes y, de este modo, evitar una posible pérdida de visión, que puede ser definitiva.

En este sentido, es recomendable acudir al oftalmólogo para realizar una revisión rutinaria cuando los niños son pequeños y, en el caso de que se observe algún síntoma que pueda estar asociado al estrabismo en niños, acudir al médico de

inmediato para descartarlo o iniciar el tratamiento correspondiente si se diera el caso.

Por qué se produce el estrabismo en adultos?

El estrabismo en adultos puede producirse como consecuencia de un estrabismo infantil o ser secundario a diferentes enfermedades y procesos. En función de sus múltiples orígenes, pueden distinguirse cuatro grandes grupos de estrabismo, cada uno de los cuales deberá tratarse de forma específica:

- **Paralítico:** los músculos encargados de mover el ojo y dirigir la mirada tienen menos fuerza, generalmente a causa de isquemias, tumores o patologías neurológicas.
- **Restrictivo:** se debe a un problema mecánico, derivado de cirugías oculares previas y fracturas o traumatismos orbitarios, así como secundario a enfermedades tiroideas o a miopía alta.
- **Esencial:** suele ser de origen infantil, aunque puede responder justo a todo lo contrario y ser fruto de la edad avanzada, debido a la laxitud que se produce en los tejidos implicados en el movimiento ocular.
- **Sensorial:** asociado a baja visión, ya que se produce cuando uno de los dos ojos carece de visión o esta es muy limitada.

¿Qué se estudió?

Los niños suelen presentar hipermetropía al nacer, lo que significa que solo tienen una visión clara a distancia. A medida que los niños crecen, sus ojos también crecen hasta donde pueden ver de forma clara tanto de cerca como de lejos. Alrededor del 9% de los niños siguen presentando un nivel alto de hipermetropía. La hipermetropía significa que para enfocar las cosas de cerca el niño debe realizar mucho esfuerzo. Este esfuerzo puede causar síntomas, como cefaleas, visión doble, y cansancio ocular, y también causa dificultades para realizar tareas que necesitan la visión cercana, como leer. Los niños que siguen siendo hipermétropes tienen más probabilidades que los niños con visión normal de desarrollar ojos cruzados (estrabismo), lo que puede ocurrir en el 3,5% al 5,7% de los niños, o en el 10% al 20% de los niños con altos niveles de hipermetropía. El estrabismo dificulta que los ojos trabajen en colaboración para enfocarse. Se cree que

alrededor del 50% de los niños con estrabismo desarrollan ambliopía, lo que significa que el niño no puede tener una visión clara incluso cuando usa gafas. La percepción de la profundidad, o la forma en que dos cosas se relacionan entre sí en el espacio, a menudo también se ve afectada. Los médicos suelen recetar gafas para prevenir el desarrollo de estrabismo y los demás problemas asociados en los niños hipermétropes, pero no está claro si las gafas en sí pueden impedir que los ojos crezcan con normalidad.

¿Qué es la hipermetropía?

La hipermetropía es un defecto ocular que provoca la falta de nitidez o visión borrosa de los objetos próximos como consecuencia de enfocar las imágenes por detrás de la retina y no directamente sobre ella. Por este motivo, una persona con hipermetropía puede tener problemas para ver la televisión, pero no para distinguir una señal de tráfico. Si la graduación es muy elevada, también pueden llegar a verse borrosos los objetos lejanos.

Cuando nacemos, todos somos hipermétropes y, conforme se va desarrollando nuestro cuerpo, también lo hacen nuestros ojos. Si el crecimiento del ojo, por tanto, es menor de lo necesario, ese ojo será hipermetrope siempre, a no ser que se corrija más adelante tras previa valoración del oftalmólogo.

La hipermetropía puede aparecer sola o combinada con astigmatismo (astigmatismo hipermetrópico).

Causas de la hipermetropía

Se produce porque el ojo es más corto de lo normal o porque la córnea es demasiado plana.

En el paciente hipermetrope los objetos se enfocan detrás de la retina y no sobre ella, a diferencia de lo que ocurre en un paciente emétrepe (sin graduación).

En las personas jóvenes, si la hipermetropía no es muy grande, puede ser compensada con los músculos oculares y conseguir ver bien de lejos y aceptablemente de cerca, pero con la edad esta capacidad se pierde y se

desenfocan los objetos de cerca y, más tarde, también los de lejos, lo que se conoce como presbicia.

Este tipo de anomalía, aunque no aumenta con la edad estrictamente, se puede incrementar gradualmente (un hipermetrope puede ver con normalidad hasta los 35-40 años, a partir de esta edad su problema se incrementa), aunque la cifra aumenta hasta en un 60% a los 70 años de edad.

Síntomas de la hipermetropía

La hipermetropía es el defecto contrario a la miopía. Un paciente con hipermetropía ve peor de cerca que de lejos. Cuantas más dioptrías, más desenfocados verá los objetos cercanos. Los síntomas más comunes que pueden sufrir los pacientes con hipermetropía son:

- Visión borrosa.
- Fatiga ocular o astenopatía: suele aparecer en personas con hipermetropía que realizan durante un tiempo prolongado actividades, por ejemplo delante del ordenador, que requieren visión de cerca, habitualmente con mala iluminación y/o con agotamiento físico o psíquico produciendo por tanto molestias visuales.
- Dolor de cabeza: preferentemente en la región frontal al final del día tras el sobreesfuerzo de acomodación del ojo por enfocar. La elevada intensidad de la cefalea puede provocar náuseas y vómitos.
- El estrabismo convergente (cuando el ojo se desvía hacia el centro) puede aparecer en alguna ocasión vinculado a personas con hipermetropía. Como consecuencia de cuando el objeto llega borroso a nuestro cerebro, involuntariamente nuestro sistema nervioso busca acomodar los ojos para enfocar correctamente. Esta orden de acomodación va asociado a un reflejo de convergencia, es decir, de un desvío de los ojos hacia la nariz, algo normal. Cuando la convergencia es excesiva aparece el estrabismo

convergente. Si lo logramos hacer desaparecer con el uso de gafas y la persona tiene hipermetropía hablaremos de estrabismo acomodativo.

- Enrojecimiento ocular al final del día.

También puede haber casos de hipermetropía no corregidas que pueden originar blefaro conjuntivitis (que es la asociación de la conjuntivitis y la blefaritis o inflamación de los párpados), pero no es lo habitual.

¿Qué es la hipermetropía infantil?

La hipermetropía infantil suele aparecer a partir de los 4 años, cuando la graduación no es muy elevada. No obstante, es complicado detectar un ojo hipermetrope, ya que el niño suele compensar su mala de visión de cerca acomodando con el cristalino (o lente natural del ojo) para enfocar los objetos.

Por eso, es especialmente importante que los niños se hagan revisiones periódicas a edades tempranas cuando pueda colaborar con el oftalmólogo para la detección precoz de cualquier defecto refractivo infantil.

Síntomas: ¿Cómo detectar la hipermetropía infantil?

En el caso de un recién nacido, es un defecto muy frecuente que tiende a corregirse con el paso de los primeros meses de vida ya que cuando nacen, no está del todo desarrollado su sistema visual.

No obstante, si no se corrigiera, la hipermetropía ocular en niños deber ser detectada lo antes posible ya que de lo contrario se puede producir lo que conocemos como ojo vago (baja visión de uno o ambos ojos por falta de uso durante el desarrollo de su sistema visual, escogiendo por tanto la visión del ojo con mejor defecto refractivo) o estrabismo infantil, especialmente si el estrabismo es convergente (el ojo se desvía hacia dentro). Se puede corregir total o parcialmente.

Los profesores y los padres tienen un papel fundamental en la detección de este defecto refractivo ya que podría manifestarse en estos casos:

- Cuando el niño tiene problemas para leer o escribir.

- Bajo rendimiento escolar o malas notas, así como dificultad de concentración.
- Fatiga visual.
- Enrojecimiento, lagrimeo o escozor de los ojos que provoca que el niño se frote los ojos, parpadee excesivamente o arrugue la frente.

Tratamiento para hipermetropía en niños

Si en casos de hipermetropía infantil ésta no desaparece durante la adolescencia el oftalmólogo valorará como tratamiento la corrección óptica mediante el uso de gafas. Principalmente si la hipermetropía es alta y provoca sintomatología. Además, dependiendo de la edad del niño el oftalmólogo valorará corregir su hipermetropía con el uso de lentes de contacto si tiene problemas para practicar alguna actividad, deporte o en casos de anisometropía, es decir, con una importante diferencia de graduación en ambos ojos.

Hipermetropía: clasificación

Se trata del radio de la primera cara del cristalino que está disminuido respecto al ojo emétrope.

Hipermetropía axial

Cuando se acorta el eje óptico.

Hipermetropía de índice

Cuando aumenta el índice de refracción de algunos de los medios transparentes del globo ocular.

Hipermetropía latente

Se compensa con el tono del músculo ciliar.

Hipermetropía manifiesta

No la compensa el tono del músculo ciliar y se clasifica en los siguientes tres tipos:

- Hipermetropía facultativa: llegar a compensarse por un esfuerzo acomodativo.

- Hipermetropía absoluta: no se compensa ni con el tono del músculo ciliar ni con el esfuerzo acomodativo.
- Hipermetropía total: es la suma de la hipermetropía facultativa y la absoluta, y por tanto, la más importante.

Tipos de hipermetropía

Hipermetropía simple

Es la más común. Por lo general es una continuación de la hipermetropía infantil que se ha cronificado, es decir, un ojo que no ha crecido lo suficiente (el eje antero-posterior del globo ocular está disminuido).

Hipermetropía compuesta

Se debe a un acortamiento del vítreo y un aplanamiento de la córnea.

Hipermetropía mixta

Cuando la córnea es plana y el vítreo es más largo, o la córnea es más curva y el vítreo más corto.

Operación de la hipermetropía

La hipermetropía se puede corregir con gafas y/o con lentes de contacto, así como con cirugía refractiva. Si bien es cierto que para hipermétropes medios-altos, la adaptación a su graduación puede ser difícil, ya que existe una disminución de su campo visual (a partir normalmente de unas 6 dioptrías).

Por su parte, la corrección definitiva, una vez se haya estabilizado la graduación, puede realizarse mediante una cirugía de ojos. Pero antes de una operación de hipermetropía el oftalmólogo realizará un completo examen oftalmológico para evaluar el estado del ojo y el grosor de la córnea, a fin de valorar la técnica más adecuada y apta para el paciente.

¿Cómo se diagnostica la hipermetropía?

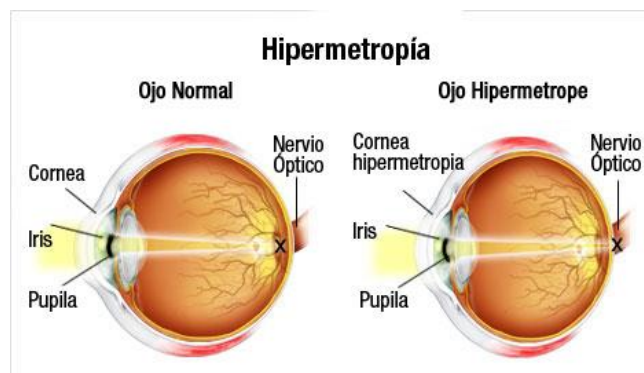
En Oftalvist pensamos que la primera consulta no es exclusivamente informativa sino una visita donde el paciente se marche a casa sabiendo si puede corregir y,

mediante qué técnica, su hipermetropía, a través de las siguientes pruebas preoperatorias:

- Medición de la tensión ocular.
- Agudeza visual y graduación de la vista.
- Diagnóstico y estudio del segmento anterior y posterior del ojo.
- Estudio ocular pormenorizado: biometría láser, topografía corneal, aberrometría y paquimetría corneal.

Una vez obtenidos los resultados, los tratamientos quirúrgicos habituales son:

- Cirugía refractiva láser (o Lasik) realizada con láser de femto segundo: esta técnica es la más utilizada por su probada seguridad y eficacia. Consiste en la modificación de la morfología de la córnea mediante un láser para cambiar la refracción total del ojo.
- Implante de lentes intraoculares (fáquicas): se valora en casos seleccionados (sin quitar el cristalino). Se trata de una cirugía ambulatoria, indolora, con anestesia local y muy segura. Corrigen problemas de hipermetropía en rangos de +0.5D a +10.0D, con o sin astigmatismo de hasta 6.0D.



1.1 Justificación

El estrabismo convergente en paciente en menores de 8 años todavía es posible darle tratamiento adecuado porque aun su elasticidad ocular no están bien desarrollada se le detecta a tiempo para darles una mejor calidad visual, el desconociendo de sus padres sobre los problemas oculares que aquejan los hijos y la falta de tratamiento y detección temprana hacen que muchos niños no tengan un tratamiento adecuado por eso se les desarrollan

Defectos refractivos como la miopía, hipermetropía, astigmatismo etc. por eso es importante decirles a los padres que lleven a revisión a sus hijos cada 6 meses y darles una mejor calidad visual

La detección precoz por parte de un oftalmólogo especialista en estrabismo infantil es clave durante cualquier visita rutinaria. Se recomienda que ante la duda los familiares acudan a consulta incluso cuando el paciente aún es bebé para que el tratamiento sea más eficaz.

La exploración consistirá en una prueba de agudeza visual y refracción para evaluar el ojo vago, así como la evaluación del tipo de estrabismo y cuál podría haber sido la causa del mismo. También se realizan pruebas con unas gafas especiales para examinar la capacidad de ver en relieve. El especialista en estrabismo infantil puede llegar a solicitar una resonancia nuclear magnética o pruebas video oculográficas.

El pronóstico visual será mejor cuanto antes se diagnostique y se trate, evitando además otro tipo de problemas no sólo funcionales, como los complejos o el fracaso escolar.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos generales

Conocer que defecto visual tiene el paciente para sí darle el seguimiento que necesita ayudarlo a sentirse mejor y darle a conocer que como optometristas le solucionaremos su defecto visual.

1.2.2 Objetivos específicos

- Dar un tratamiento adecuado dependiendo el defecto refractivo
- Conocer cuál es el estado del paciente
- Estimular al paciente de forma que se sienta a gusto con el tratamiento que se le va a dar

1.3 Datos generales del paciente

Nombres: Matías Enrique Apellidos: Soria Jiménez

CEDULA: 1201458975

EDAD: 6AÑOS

ESTADO CIVIL: Soltero

SEXO: Masculino

NUMERO DE TELEFONO: 0997405784

OCUPACION: Estudiante

2 .METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

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

Historia clínica

Nombre: Matías Soria Jiménez

Edad: 6años

Cedula: 1201458975

Parentesco del paciente: madre

Antecedente patológico personal: desviación ocular

Antecedentes patológicos familiares: el papa es hipertenso

Motivo de consulta: dificultad para ver lo objetos cercanos, visión borrosa de

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

Paciente de 6 años de edad, que acude a la consulta con su mama por presentar desviación del ojo del lado izquierdo acompañado con disminución de la agudeza visual, la mama indica el uso de lentes desde los 4 años de edad el cual no mejora

2.3 Exploración clínica examen físico

Biomicroscopía



Se observó:

OD. Cornea normal pupila reactiva a la luz

OI. Estrabismo, cornea normal

FONDO DE OJO.

OD

NERVIO: normal

MACULA: normal

VASOS SANGUINEOS: NORMAL

OI

NERVIO: normal

MACULA: normal

VASOS SANGUINEOS: NORMAL

Estudio de las versiones y de las ducciones

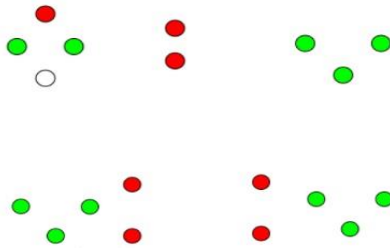
2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Av : ou	20/80
Av: sc od	20/70
Av: sc oí	20/50

Agudeza visual con corrección

OD	20/50
OI	20/30

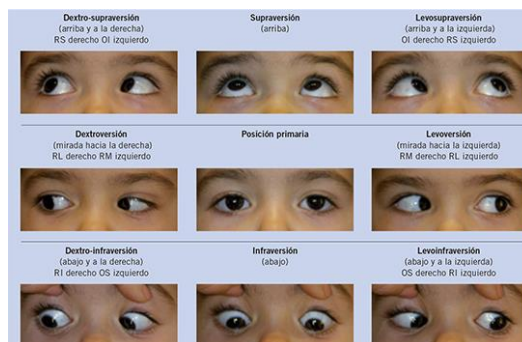
LUCES DE WORTH



Paciente presenta una endotropias

Se realiza en las 9 posiciones diagnósticas de la mirada.

Las versiones son movimientos binoculares conjugados (en la misma dirección y sentido). Se exploran en las 9 posiciones diagnósticas de la mirada (1, 2, 5,8) (Tabla IV). Las ducciones son movimientos monoculares. Se estudian, tapando el ojo sano, sólo cuando existe alteración en las versiones (1, 2,8).



Se pueden obtener de forma voluntaria, óptica (siguiendo una luz puntual o un objeto), acústica (con un objeto o juguete que haga ruido) o con la maniobra oculocefálica o “de cabeza de muñeca” (que consiste en girar bruscamente la cabeza del niño en sentido contrario al que queremos que se muevan los ojos) (1,2).

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Estamos en presencia de una esotropía congénita con hipermetropía elevada de ambos ojos, alternante, con monto de desviación variable que mejora parcialmente con corrección óptica, ducciones normales en el plano horizontal y limitación a la abducción en la latero versión cuando fija con el ojo contra lateral algo que se puede observar en algunos grados menores de pacientes portadores del Síndrome de estrabismo.

Refracción

Determinación de Agudeza Visual. Refracción objetiva

OD +2.50 -0.25 x 130 / 42.00 42.25 x 125

OI 2.25 / 40.00 42.25 x 125

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

La información del análisis clínico del paciente es uno de los datos importantes para determinar en presencia de qué estamos y qué decisión tomar. Estamos en presencia de una esotropía de monto variable con uso de corrección óptica. En este caso una vez que me asegure que tiene la mejor corrección óptica en sus lentes, al paciente lo mido en todas las posiciones al menos tres (3) veces en el transcurso de un mes para saber el promedio de desviación y si los valores son constantes. Sería de muy buena ayuda (si es que se puede hacer en este caso) para saber si la hipermetropía es de tipo axil o refractiva, ya que la longitud más pequeña del ojo nos daría un dato más sobre el límite de retroceso a realizar (arco de contacto) (así como en los miopes axiles uno debe hacer más retroceso para obtener un resultado mejor porque el arco de contacto del musculo es mayor). Si es así se procederá al

oftalmólogo para que le diagnostique si es cirugía u oclusión pero por el momento el refracta muy bien y se le dejara con lente de montura

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

Estamos ante una presencia de estrabismo no pético porque se lo puede refractar el estado de salud visual mejora por que se le da el tratamiento que necesita para que sus valores normales sean el adecuado porque cuando hay una disminución en la agudeza visual en un estrabismo es importante corregirlo con lente para que su visión mejore y su ojo vuelva a su estado normal, porque cuando hay un desbalance de muscula en el estrabismo ahí si se interviene con cirugía pero en esta ocasión si se puede corregir con lente En alguien con estrabismo, estos músculos no trabajan juntos. En consecuencia, un ojo mira a un objeto, mientras el otro ojo voltea en una dirección diferente y mira a otro objeto.

Cuando esto ocurre, se envían dos imágenes diferentes al cerebro: una desde cada ojo. Esto confunde al cerebro. En los niños, el cerebro puede aprender a ignorar (suprimir) la imagen proveniente del ojo más débil.

Si el estrabismo no se trata, el ojo que el cerebro ignora nunca verá bien.

2.8 Seguimiento

Se conversa con la madre y se le explica que con corrección y ejercicios optométricos y oclusión su niño recuperara visión. Ya que está en una etapa temprana para tratarlo

Se trata de una hipermetropía con alto déficit visual alta y cada 6 meses hay que variarles la dióptrias por que va en aumento por eso se le dificulta ver objetos cercanos

2.9 Observaciones

Se le indica a la madre que hay que hacerle un seguimiento al niños cada 6 meses a consulta hay que ver cómo va evolucionando el niño su vista con el tratamiento que se le indico el niño deberá mejorar de acuerdo con la especificaciones del profesional médico.

Conclusiones

Estamos ante una afección ocular como es el estrabismo y un gran déficit visual que afecta especialmente en niños que hoy en día se da por diversas patologías

Entre más pronto posible lleve a revisión con el especialista de Optometría y Oftalmología será mejor eficaz el tratamiento ya que un niño pierde el poder acomodativa a partir de los 7-8 años y pierden su elasticidad de los músculos oculares tener en cuenta los padres al darse cuenta a tiempo pueden darles a sus hijos una calidad de vida saludable y da ahí el profesional encargado será el responsable de darle el tratamiento indicado

Referencia bibliográfica

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001004.htm#:~:text=Es%20un%20tra%20storno%20en%20el,conoce%20como%20%22ojos%20bizcos%22>.

<http://www.oftalmohi.com/EP/R1/ProtBeg/EVALUACINDELOSMOVIMIENTOSOCULARES.html>

https://www.google.com/search?q=DESVIACION+ESOTROPIA&client=avast&sxsrf=ALeKk02AKO3UkSOvhQrIMSStQt2S5pZZ8w:1613101065533&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjmf3ftePuAhUso1kKHdgdDLIQ_AUoAXoECAkQAw&biw=1227&bih=553

https://www.google.com/search?q=LUCES+DE+WORTH&client=avast&sxsrf=ALeKk02rK1FAMlpB4LYroyBVoSQYpto1kQ:1613101017379&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=L4wY70MjvtrLmM%252CUOAL00JBYujamM%252C_&vet=1&usq=AI4_kS1pnmMojHNymZzZWUkDdeFEcQrzA&sa=X&ved=2ahUKEwifrLJtePuAhVliFkKHT6bB2MQ9QF6BAgEEAE&biw=1227&bih=553#imgrc=L4wY70MjvtrLmM

https://www.estrabologia.org/actas/Acta_1_2018/07-Foro%20de%20casos%20clinicos.pdf

<https://www.clinicabaviera.com/estrabismo-divergente-y-convergente>

<https://www.imo.es/es/enfermedades-de-los-ojos/patologias/estrabismo-del-adulto>

ANEXOS

