

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: AMBLIOPIA	CÓDIGO: CI-OFTA-GM-08
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 09-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 9

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

- Proporcionar una guía para la detección y manejo de la Ambliopía

2. METODOLOGIA

- La elaboración de la presente guía parte de la revisión de artículos, protocolos de manejo y estándares Internacionales de detección y manejo de la ambliopía. Su presentación permite reconocer definición, incidencia, factores de riesgo, diagnóstico y manejo clínico con niveles de evidencia aquí definidos:
- **NIVELES DE LA EVIDENCIA**
 1. Nivel I: evidencia de al menos un ensayo aleatorizado bien diseñado.
 2. Nivel II: evidencia de ensayos clínicos no aleatorizados, estudios de casos y controles o cohortes bien diseñados, series de tiempo múltiples.
 3. Nivel III: evidencia de estudios descriptivos, reportes de comités u organizaciones de expertos, opiniones de expertos (por ejemplo, paneles de consenso).

Grados de recomendación:
A: de máxima importancia.
B: de importancia moderada.
C: relevante pero no crítico.

3. ALCANCE

- Todos los pacientes que acudan al Hospital Militar Central bajo sospecha de ambliopía o con disminución de la agudeza visual sin causa orgánica aparente.

4. POBLACION OBJETO

- Usuarios Hospital Militar – evaluados con diagnóstico de ambliopía.

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	2 de 9		

5. RECOMENDACIONES

DEFINICIÓN

- El termino ambliopía se refiere a una anormalidad en el desarrollo visual caracterizado por una disminución de la agudeza visual, no corregible con gafas u otro medio óptico, generalmente unilateral, aunque puede de forma ocasional ser bilateral, para el cual ninguna patología orgánica es detectada al examen físico ocular o de la vía visual.

INCIDENCIA

- La incidencia es del 2 a 2.5% y la prevalencia prevalencia entre un 2 y 7% en la población general. (III)

ETIOLOGÍA

- La ambliopía de origen estrábico se caracteriza por la baja agudeza visual en un ojo, debido a la fijación constante del ojo dominante y la supresión de las imágenes del ojo desviado. La ambliopía de origen refractivo puede ser anisométrica, cuando el defecto refractivo es muy diferente en ambos ojos y la disminución de la agudeza visual está presente en el ojo con mayor defecto refractivo. La ambliopía por privación es la causada por la alteración de los medios transparentes en recién nacidos, o por una alteración palpebral con oclusión parcial ó completa del eje visual.

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de ambliopía se realiza cuando un examen oftalmológico completo revela disminución de la agudeza visual sin lesión orgánica oftalmológica aparente o alteraciones a nivel de nervio óptico que expliquen el cuadro.
- En cuanto a la evaluación y al pronóstico es necesario considerar los siguientes factores: Tipo de ambliopía, edad del paciente, tiempo de evolución, agudeza visual, cooperación e interés.

La ambliopía por Deprivación:

Cuando una obstrucción física a lo largo de la línea de visión impide la la formación de un bien enfocado, la imagen de alto contraste en la retina, el resultado es la ambliopía por privación.

Ambliopía por Estrabismo:

De inicio temprano (<6-8 años de edad) de constante estrabismo unilateral. Debido a la ausencia de la fijación bifoveal, por falta de alineamiento ocular, los dos ojos reciben diferentes imágenes visuales, lo que ocasiona la confusión y la diplopía.

La ambliopía Refractiva :

Se produce debido a un error refractivo no corregido. La ambliopía refractiva se puede dividir en dos categorías:

Ambliopía Isoametrópica: Es una forma infrecuente de la ambliopía causada por un alto, pero aproximadamente el mismo error de refracción no corregidos bilaterales que crea una imagen borrosa en cada retina.

Ambliopía por Anisometropía: Es causada por un error de refracción no corregidos en los que la diferencia entre los meridianos correspondientes de los dos ojos es de al menos 1D. visual corregida en cada ojo.

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	3 de 9		

5. RECOMENDACIONES

EVALUACIÓN

- EXAMEN FISICO**

Evaluación de la agudeza visual y el patrón de fijación
Alineación ocular y de la motilidad
Reflejo rojo o binocular del reflejo rojo (Bruckner)
El examen externo
El examen del segmento anterior
Retinoscopia ciclópléjica / refracción
Examen funduscópico
Pruebas de binocularidad y esteropsis

- Evaluación de Seguimiento**

Las consultas de seguimiento deben incluir:
Historial del intervalo [A:III]
Cumplimiento del plan de tratamiento [A:III]
Efectos secundarios del tratamiento [A:III]
Agudeza visual en cada ojo [A:III]
Por lo general el examen de seguimiento se programa a los dos o tres meses de iniciado el tratamiento [A:III]
La programación varía según la intensidad del tratamiento y la edad del niño [A:III]
Se requiere monitoreo continuo dado que un 25% de los niños tratados con éxito presentan una recurrencia dentro del primer año después de terminado el tratamiento [A: III].

- Educación del Paciente**

Explicar al paciente, a los padres y/o a los encargados el diagnóstico, la severidad de la enfermedad, el pronóstico y el plan de tratamiento. [A:III]
Explicar la afección y reclutar a la familia para un que haya un acercamiento que conduzca a la colaboración en la terapia. [A:III]

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	4 de 9		

5. RECOMENDACIONES

TRATAMIENTO (Nivel de evidencia III, Grado A)

El tratamiento de la ambliopía está encaminado a recuperar la función visual mientras el sistema nervioso se encuentre en estado de plasticidad y admita reformas. Las bases del tratamiento son: La recuperación de la transparencia de los medios, la corrección del error refractivo y el estímulo forzado al ojo afectado. Generalmente se utiliza la oclusión del ojo dominante por períodos de tiempo relacionados con la edad. En cuanto a la cirugía del estrabismo, se espera a la recuperación de la mejor agudeza visual posible antes de proceder a la corrección muscular.

La oclusión, que es el tratamiento esencial de la ambliopía, también brinda simultáneamente beneficios para la corrección del estrabismo, tales como:

- Fortalecer bases sensoriales para la integración binocular
- La oclusión disminuye el reflejo anómalo de supresión al impedir las condiciones de binocularidad, en las cuales el sistema visual aumenta la dominancia del ojo fijador sobre el ojo desviado
- La oclusión obliga al ojo desviado a salir de su posición anómala y convertirse en fijador temporal. Esto hace que se ejercite la motilidad de este ojo.
- Se recomienda que la dosificación del uso del parche sea por lo menos de 2 horas diarias en caso de ambliopía leve a moderada y de 6 horas en ambliopía severa.
- El profesional de la salud visual debe tener en cuenta la edad, severidad y etiología para definir el esquema de oclusión.
- En niños menores de 1 año se recomienda que la oclusión no exceda el 50% de las horas de vigilia del niño para evitar ambliopía en el ojo sano.
- No se recomienda el uso de atropina en niños menores de 3 años

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA LA AMBLIOPIA [Nivel de evidencia III, Grado B]

- Se recomienda realizar screening o tamizaje visual a los niños desde el momento del nacimiento con una periodicidad semestral hasta que el niño coopere con el examen de agudeza visual y posteriormete, seguimiento anual hasta los 5 años.
- Se recomienda que el screening o tamizaje visual al momento del nacimiento sea realizado por un profesional de la salud entrenado en las estrategias de detección.
- Se recomienda la realización de examen visual y ocular, adicional al tamizaje anual, en niños con factores de riesgo para ambliopía.
- Se recomienda incluir el screening basado en instrumentos de auto y fotorefracción en el examen de tamizaje de ambliopía en niños, principalmente en menores de 3 años o en niños que no coopereren con el examen de agudeza visula
- Se recomienda tener en cuenta los siguientes métodos de screening visual en niños, según la edad del paciente:

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	5 de 9		

5. RECOMENDACIONES

MÉTODO	INDICACIONES PARA REMISIÓN	EDAD RECOMENDADA				
		Recién nacido a 6 meses	6 Meses hasta que el niño colabore con evaluación subjetiva de la AV	3 a 4 años	4 a 5 años	Cada 1 - 2 años después de los 5 años
Prueba del reflejo rojo	Ausente, blanco, opaco o asimétrico	*	*	*	*	*
Inspección externa	Anormalidad estructural por ej: ptosis	*	*	*	*	*
Examen pupilar	Forma irregular, tamaño desigual, pobre o inadecuada reacción a la luz	*	*	*	*	*
Fijar, seguir y mantener	falla al fijar, seguir y mantener	Bebés cooperadores > 3 meses	*			
Reflejo luminoso corneal	Asimétrico o desplazado	*	*	*	*	*
Tamizaje basado en instrumentos	Niños que no cooperen con el examen de agudeza visual	*	*	*	*	*
Cover Test	Movimiento de re fijación		*	*	*	*
Agudeza visual a distancia	20/50 o menor en cada ojo			*	*	*
	20/40 o menor en cada ojo				*	*
	Menos de 3 a 5 optotipos sobre la líneas de diferencia entre los ojos					*

Tabla adoptada de la Guía AAO Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel. PPP. Pediatric eye evaluations. San Francisco CA. AAO. 2012 y ajustada al contexto local por el Grupo Desarrollador de la presente Guía

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	6 de 9		

5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda utilizar para el tamizaje de ambliopía las siguientes estrategias de acuerdo a la edad, según la siguiente tabla:

Prueba diagnóstica	Grupos		
	Recién nacido hasta los 3 meses	3 meses hasta que coopere	Niños que cooperen
Nistagmus oculovestibular	*		
Centra, sigue y mantiene		*	
Test mirada preferencial		*	
Reflejo luminoso corneal	*	*	*
Respuesta a la oclusión monocular		*	
Cover Test		*	*
Pruebas de agudeza visual (Lea-HOYV)			*
Auto y fotorefracción	*	*	*

PRONÓSTICO:

Los factores determinantes del pronóstico visual en la identificación y manejo de la causa de la ambliopía incluyen:

- Edad de diagnóstico y tratamiento.
- Agudeza visual al inicio del tratamiento
- Adherencia al tratamiento
- Acceso al seguimiento (citas médicas)
- Nivel de integración del entorno socio-cultural en el manejo del niño: Padres, profesores, compañeros, familia.

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	7 de 9		

6. FLUJOGRAMA

1.



GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	8 de 9		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	Guías basadas en niveles de evidencia	Se adjuntan niveles de evidencia científica que soporta el manejo de la patología.	Soporte científico basado en la evidencia	2015

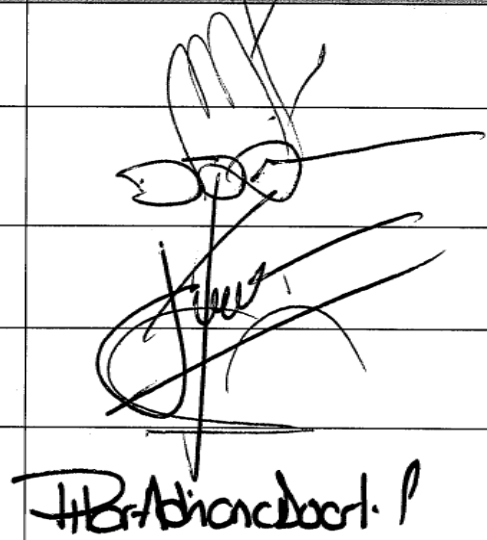
8. ANEXOS
Como Se Presta El Servicio Se realiza atención en consulta externa a todo paciente que solicite o requiera del servicio de OFTALMOLOGIA INFANTIL teniendo en cuenta los protocolos según defecto visual que presente el paciente. Tipo De Profesionales que presta el servicio Los profesionales son los oftalmólogo Optómetras, , residentes en entrenamiento en oftalmología Requisitos De Los Profesionales Título Profesional Universitario en oftalmólogo Y Optometría, titulo, residente en especialización en oftalmología (bajo supervisión) BIBLIOGRAFÍA 1. Resumen de los puntos de referencia para las guías de práctica preferidos. American Academy of Ophthalmology, October 2012; Spanish translation July 2013 2. Bras Marquillas J, Prats Coll R. Actividades de prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. En: Martín Zurro A, Cano Perez JF. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica, 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; 306-326. 3. Batalla Martínez C, González García M. Salud maternoinfantil y Atención Primaria. En: Gené Badia J, editor. Actividades Preventivas. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994; 23-32. 4. Behrman RE, Vaughan VV. Pediatría del desarrollo. En: Nelson, ed. Tratado de Pediatría, 13ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1990; 6-116. 5. Bras Marquillas J, Galbe Sanchez-Ventura J, Pericas Bosch J, Delgado Domínguez JJ. Prevención y promoción de la salud en la infancia y la

GUIA DE MANEJO	AMBLIOPIA	CODIGO	CI-OFTA-GM-08	VERSION	02
		Página:	9 de 9		

8. ANEXOS

adolescencia. Aten Primaria 1999 (Supl 24) 20-65.

6. US Public Health Service. Manual de medicina clínica preventiva. Barcelona: Medical Trends SL, 1999.
7. Salud Visual En Escolares En Medellín, Antioquia, Colombia Maria De Los Angeles Rodríguez, Mauricio Castro. Medellín 1.994
8. Guías de Práctica Clínica Sociedad Colombiana de Oftalmología. 2011
9. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la ambliopía y los defectos refractivos en menores de 18 años. Reunión de Socialización de Recomendaciones, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ACTUALIZÓ	Angela Maria Fernández Delgado, MD	Especialista en Oftalmología Glaucoma	Octubre de 2015	
REVISÓ	TC. Diego Fernando Sierra Suárez	Líder Área de Oftalmología	Octubre de 2015	
APROBÓ	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015	
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015	
PLANEACIÓN –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015	