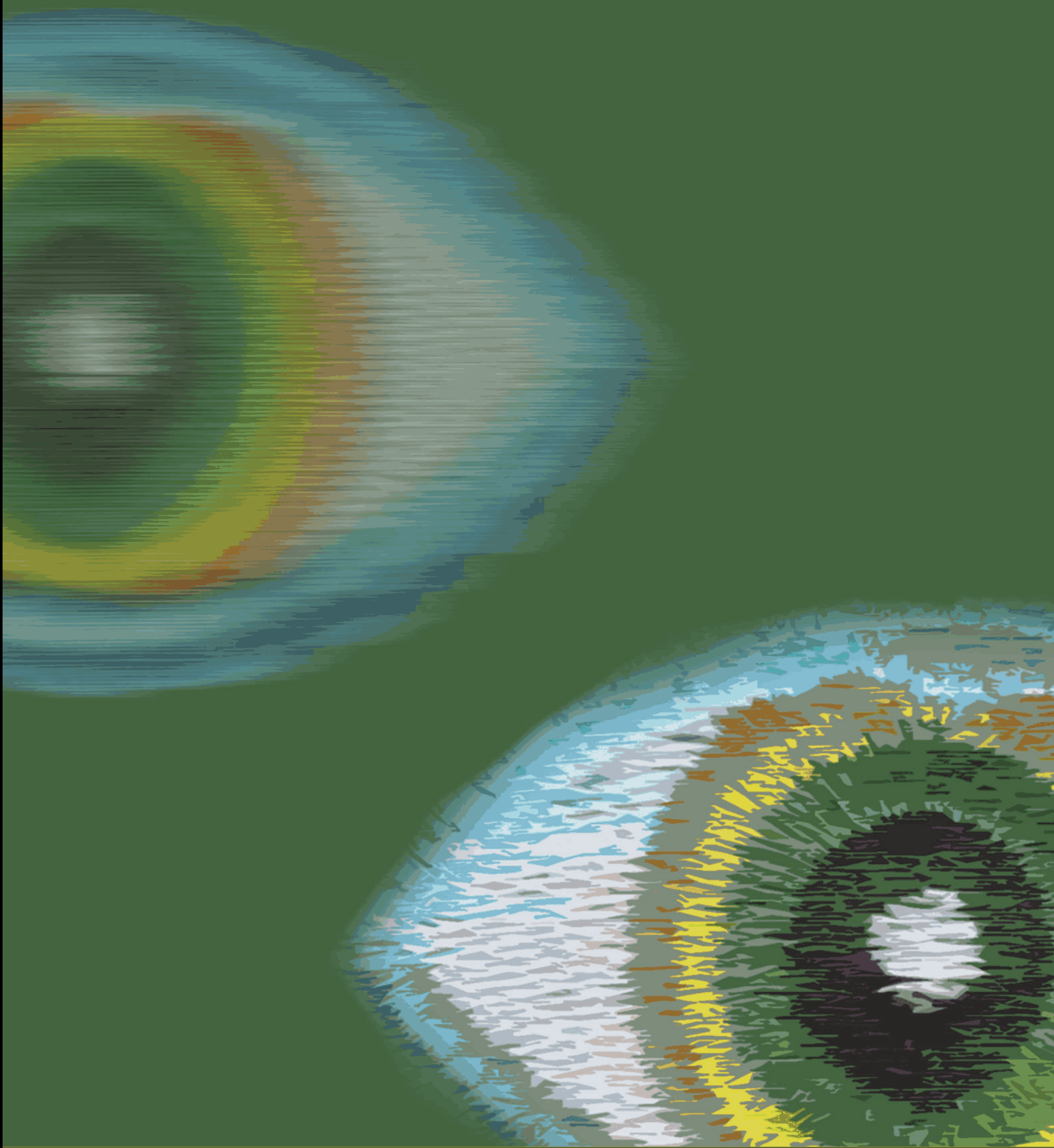


REVISTA DE
ESTRABISMO
& OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

ISSN: 2362-3764



VOL. VII Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2020



Instituto
Oftalmológico
Prieto-Díaz

REOP-VOL VII N° 3

Editores Ejecutivos

Dr. Fernando M. Prieto Díaz (Argentina)

Director

Dra. Fernanda T. S. Krieger (Brasil)

Dr. Carlos Laria (España)

Dra. Pilar Merino (España)

Coordinación Editorial

Dra. Carla Bucco (Argentina)

Editores Asociados

Dr. Ignacio M. Prieto Díaz (Argentina)

Enrique Urrets Zavalía (Argentina)

Dr. Arturo Castellanos (México)

Dr. Federico G. Vélez (USA)

Edición Digital y Diseño Gráfico

Roxana Menin

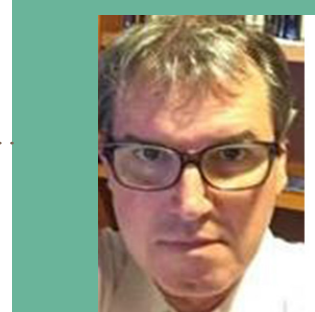
Clarisa Capurro Comunicación

REOP es una publicación trimestral del Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, y distribuida gratuitamente. La misma puede ser solicitada al Editor por toda persona o institución interesada en recibirlo a la dirección electrónica **fernandoprietodiaz@hotmail.com**.

Su contenido no puede ser reproducido sin autorización expresa.

COPYRIGHT REOP 2020.

-EDITORIAL	4
-TRABAJO LIBRE	6
“DETERMINACIÓN DEL OJO FIJADOR EN LA DVD ASIMÉTRICA” <i>Dra. Andrea Ávila, Dra. Andrea Jara y Dra. Susana Gamio.</i>	
-CASOS CLÍNICO	11
-(C.C-39)	
ESTRABISMO FIJO RELACIONADO A ALTA MIOPIA ¡UNA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DESAFIANTE! <i>Dr. Galton Carvalho Vasconcelos, Dra. Marina Bernardes Leão, Dr. Henderson Celestino de Almeida.</i>	
-PANEL DE EXPERTAS	15
(COMENTARIOS CASOS CLÍNICO-39) <i>Dra. Pilar Merino (España)</i> <i>Dra. Ángela Fernández (Colombia)</i>	
-MIRADA CLÍNICA	19
TRANSICIÓN “EXITOSA VS EXPULSIVA” (EN LA ATENCIÓN MÉDICA, DE LA PEDIATRÍA A LA MEDICINA DEL ADULTO) <i>Dra. Viviana Raquel Abudi</i>	
-EVENTOS & CONGRESOS	27



EDITORIAL

La pandemia Covid-19 nos ha alejado de nuestras clases, cursos y congresos. También nos ha apartado de nuestros pacientes y cirugías. La oftalmología y especialmente el estrabismo han sido severamente afectados, este último debido a ser una patología que no pone en riesgo la visión individual ni a la salud en general, motivo de decisión de los pacientes, en postergar sus cirugías o bien no ser autorizadas por sus seguros médicos. Además, el hecho de depender de la anestesia general, ha complicado aún más esta situación debido a que los anesthesiólogos no desean exponerse a un contagio. Pero también nos ha quedado tiempo para pensar y demostrarnos “forzosamente” algunos aspectos de nuestra profesión y especialidad. Una de ellas tal vez sea que nos hemos dado cuenta que no es necesario trabajar tanto y de este modo, tener más disponibilidad horaria, para estudiar o producir artículos sobre la base de datos ya recolectados con anterioridad y que quizás de otro modo no hubieran visto la luz en virtud de la falta de tiempo por nuestra actividad asistencial. Por otro lado, nos ha permitido a través de las plataformas audiovisuales estar muy conectados, escuchar infinidad de clases y aprender de estrabismo y oftalmología infantil. Asimismo, si evaluamos el lado positivo observamos el desarrollo de la telemedicina mediante las teleconsultas. Aún no sabemos la balanza de qué lado quedará inclinada. Obviando la afeción o tal vez la pérdida de alguno de nuestros seres queridos por esta terrible infección viral, posiblemente estemos observando el nacimiento de hábitos o formas de trabajo que nos mejoren y queden incorporados a nuestra vida cotidiana y de igual manera a nuestra profesión.

La REOP no ha escapado a esta época de cambios. Luego de una etapa de parálisis forzosa, nos hemos renovado en más de un aspecto. Se ha innovado el diseño gráfico y se ha modificado la forma de difusión de la revista, en un intento de que este mecanismo sea más ágil. Pero lo más importante es que hemos incorporado a nuestro staff editorial a la Dra. Carla Bucco, a quién presentamos y le damos la bienvenida. Ella actuará como Coordinadora entre los editores, los autores de los trabajos y artículos y el diseño gráfico. Su impronta ya se ha visto plasmada en el número 2 de este Volumen 7 correspondiente a Junio de 2020.

Durante el Congreso del CLADE en Cartagena se han otorgado los “Premios Revista Reop- Instituto Prieto Díaz a la investigación en estrabismo” .

Publicamos el trabajo premiado: “Determinación del ojo fijador en la DVD asimétrica”, cuyas autoras son las Dras.: Andrea Ávila, Andrea Jara y Susana Gamio (Buenos Aires, Argentina). Recordamos que los premios fueron determinados por un jurado constituido por los miembros de la Comisión Científica del evento.

En este número, también contamos con un caso clínico del Dr. Galton Vasconcelos (Belo Horizonte, Brasil), resuelto de forma novedosa. El estrabismo asociado a la alta miopía continúa dominando el interés de nuestra especialidad en cuanto a variedad de opciones quirúrgicas posibles y en este caso también farmacológicas. La Dra. Pilar Merino (Madrid, España) y la Dra. Ángela María Fernández (Colombia) discuten el trabajo ofreciéndonos una vez más su aguda capacidad de análisis.

La Dra. Viviana Abudi (Buenos Aires, Argentina) ha escrito una carta de lectores a la Revista Argentina de Oftalmología Infantil (RAOI) sobre un complejo tema de la Oftalmología Pediátrica... "La transferencia de los pacientes adolescentes a una asistencia de adultos". Cómo es un tópico que solo se trata en pediatría y es poco conocido, le hemos solicitado a la doctora, que escriba un artículo ampliado con bibliografía y que de este modo sea de utilidad a los lectores interesados. "Transición exitosa vs explosiva" es el artículo en cuestión, resultado de sus conocimientos y experiencia en esta "asignatura pendiente", según sus palabras.

Esperando que REOP N°3 Vol. VII sea de su agrado y en nombre de todos los editores les envío un cordial saludo.

Dr. Fernando M. Prieto Díaz
Director REOP





“DETERMINACIÓN DEL OJO FIJADOR EN LA DVD ASIMÉTRICA”

Dra. Andrea Ávila, Dra. Andrea Jara y Dra. Susana Gamio
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Buenos Aires, Argentina

Tener en cuenta la preferencia de fijación es importante cuando realizamos el plan quirúrgico en pacientes con estrabismo. Esto es especialmente significativo cuando tratamos estrabismos disociados en los cuales el monto de la desviación suele ser diferente al fijar con uno u otro ojo.

La Divergencia Vertical Disociada (DVD) es una condición bilateral y usualmente asimétrica que puede ser además inomitante cuando se asocia a disfunción de músculos oblicuos y/o rectos verticales.

Nuestra hipótesis al iniciar este trabajo fue suponer que los pacientes que mostraban patrón A con hiperfunción de oblicuos superiores tenían mayor DVD en el ojo fijador y los que tenían patrón V con hiperfunción de Oblicuos Inferiores mayor DVD en el no fijador.

Material y Método:

Estudio retrospectivo de los datos de pacientes operados de DVD asimétrica con una asimetría $> 5 \Delta$ entre ambos ojos en la Unidad de Oftalmología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez entre enero de 2008 y Julio de 2018.

Consignamos:

Agudeza Visual

Monto de la DVD de cada ojo obtenida x cover test con prismas

Patrón de inomitancia

Ojo fijador

Asimetría en la desviación vertical.

Excluimos a los pacientes que no contaban con todos los datos investigados.

Analizamos los resultados mediante el test de wilcoxon, test no paramétrico que compara si dos muestras proceden de poblaciones equidistribuidas.

Resultados:

Treinta y dos pacientes (32) sobre 66 operados de DVD en el lapso establecido cumplieron con los requisitos para ser incluidos en este estudio.

En nuestra serie de pacientes la mayoría tenían buena Agudeza Visual bilateral, salvo los casos 3, 6, 8, 11, 26 y 28 o sea 6/32 casos (18,75 % de los casos)

La edad promedio al momento de la cirugía fue 14 años (rango 8 a 21) y 24 de ellos

eran mujeres.

De ellos, 8/32 presentaban patrón V con hiperfunción de oblicuos inferiores y de ellos la mitad, cuatro pacientes (4), tenían mayor DVD en el ojo fijador.

Otros 13/32 pacientes tenían patrón A con hiperfunción de oblicuos superiores y en este grupo 8/13 tenían mayor DVD en el ojo fijador.

Los restantes 11 pacientes no exhibían patrón de incoMITANCIA ni disfunción de oblicuos y en ellos 6/11 tenían mayor DVD en el ojo fijador.

Si consideramos los datos de los tres grupos, 18/32 casos tenían mayor DVD en el ojo fijador.

El monto de asimetría promedio fue de 10 Δ (rango 5 a 22 Δ). Los pacientes con mayor asimetría entre ambos ojos eran los casos 11 y 26 que presentaban ambliopía profunda y fueron tratados con cirugía monocular (**retroceso unilateral de RS**), y los casos 16, 19 y 20 que presentaban buena visión en ambos ojos, en ellos se realizó también cirugía monocular: **TAOI** en el ojo fijador en un caso (1) y en el no fijador en los otros dos (2).

El resto de los casos fueron tratados con cirugía bilateral asimétrica.

Los datos clínicos de los pacientes se muestran en la Tabla 1

La primera pregunta que analizamos para conocer su significancia estadística fue:

1.¿Hay diferencia significativa entre el monto de la DVD del ojo fijador y la del no fijador?

La respuesta fue negativa.

Continuamos entonces preguntando

2.¿Hay diferencia entre el monto de DVD del ojo fijador vs. el no fijador en los casos que presentan patrón A, patrón V y los que no evidencian patrón?

La respuesta también fue negativa para los casos con patrón V y sin patrón, pero mostró una tendencia en los casos con patrón A de tener mayor desviación en el ojo fijador.

Finalmente, la tercera pregunta que nos hicimos fue

3.¿Hay diferencia entre los pacientes con DVD simétrica y los que presentan DVD asimétrica?

Aquí la respuesta fue afirmativa y lo mostramos en el gráfico 1.

Son dos poblaciones diferentes y esta diferencia no está relacionada con el patrón de incoMITANCIA lo cual nos insta a seguir buscando la causa de esta disimilitud.

Discusión:

Usualmente pensamos que la DVD asimétrica es mayor en el ojo no fijador porque es el que se desvía con mayor frecuencia. Sin embargo, encontramos casos asimé-

Caso	Edad	OF	DVDD	DVDI	Dif	Patron	PP	Cirugia	OF	AVOD	AVOI
1	14	OD	12	25	13	V	ET 10	DRPS 8y12	NF	1.0	1.0
2	15	OD	25	10	15	A	0	DRPS 12y10	F	1.0	1.0
3	13	OI	6	11	5	A	XT15	DRPS 8y10+RRLD	F	0.4	1.0
4	11	OD	25	15	10	A	XT20	RRLI+DRPS 12y10	F	1.0	1.0
5	10	OI	20	10	10	V	XT 20	OD Stager OI TACI + RRL	NF	0.8	1.0
6	10	OD	20	15	5	no	ET 15	DRPS 12y10	F	1.0	0.1
7	10	OI	15	10	5	A	ET 15	DRPS 10y8	NF	1.0	1.0
8	14	OD	20	12	8	no	XT6	DRPS 10y6	F	1.0	0.6
9	11	OD	18	12	6	no	ET	RRVD+DRPS 10y8	F	1.0	1.0
10	11	OD	20	15	5	V	ET	DRRM y TACI Bila	F	1.0	1.0
11	17	OD	10	25	15	no	0	RRSI 6	NF	1.0	0.1
12	13	OI	8	15	7	no	XT4	RRSB 8y10	F	1.0	1.0
13	12	OI	12	20	8	V	0	DRRM y TACI Bila asim	F	1.0	1.0
14	13	OD	25	6	19	A	XT25	DRRL y DRPS 10y7	F	1.0	0.9
15	13	OD	25	20	5	no	0	Deb 4 oblicuos	F	1.0	1.0
16	17	OI	8	30	22	V	ET 10	TACI OI	F	1.0	1.0
17	15	OD	8	15	7	A	ET 20	RRSB 10y8+TOSB	NF	1.0	0.9
18	10	OD	20	6	14	A	XT8	RRSB 10 - 5	F	1.0	1.0
19	9	OD	8	25	17	no	ET 15	RRVD+TACI I	NF	1.0	1.0
20	17	OD	6	25	19	no	ET10	TACI OI	NF	1.0	1.0
21	18	OI	20	15	5	V	0	RRS 8y6+TOSB	NF	1.0	1.0
22	15	OI	20	15	5	A	XT4	RRSB 12 -10	NF	1.0	1.0
23	10	OD	6	29	14	no	ET 25	RRVD+TACID+ Stager OI	NF	1.0	1.0
24	8	OD	10	20	10	A	ET 10	DRPS 10y16	NF	1.0	1.0
25	10	OD	20	15	5	V	ET5	OD Stager OI TACI	F	1.0	0.9
26	8	OD	8	20	12	no	ET20	RRVD+RRSI 6	NF	1.0	0.3
27	18	OD	10	20	10	V	XT15XT 12	Stager bila+re retr RLB	NF	1.0	1.0
28	8	OD	10	15	5	A	XT	RRLD+RRSB 8+CS	NF	1.0	0.2
29	13	OI	10	25	15	A	0	RRSB 7y12	F	1.0	1.0
30	21	OI	15	20	5	no	XT6	RRSB 8y10	F	1.0	1.0
31	21	OI	12	28	16	A	0	RRSB 7y12	F	1.0	1.0
32	16	OD	15	10	5	A	0	RRSB 12y10	F	1.0	1.0

Fig.1 TABLA

tricos en los cuales el ojo fijador estando ocluído presenta mayor hipertropía que el no fijador.

En esta serie de pacientes no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre el monto de DVD del ojo fijador vs. el monto en el no fijador.

La asimetría en el monto de la DVD puede ser pequeña o tan grande que simula ser unilateral. (1)

Estos hallazgos tienen relevancia al decidir la indicación quirúrgica. Si no los consideramos, puede ocurrir que realicemos cirugía monocular y el resultado sea una hipercorrección: hipotropía del ojo no fijador o hipertropía del fijador. Aun en casos de ambliopía unilateral se puede producir este resultado.

Aunque Schwarz et al (2) proponen que la cirugía monocular no es exclusiva para aquellos pacientes con ambliopía profunda, muchos autores consideran que se debe realizar cirugía bilateral en todos los casos de DVD. La cirugía monocular es posible en casos que no tienen chance de fijar con el ojo ambliope. Cuando se decide realizar retroceso unilateral de RS, el monto de este retroceso debe ser moderado (5–7 mm) para evitar la hipotropía post-operatoria (3,4,5). Esta técnica se utiliza cuando la DVD es comitante en las lateroversiones

La mayoría de los casos de DVD muy asimétrica se explican por la presencia de una desviación vertical no disociada, que cambia con la oclusión de cada ojo y en las diferentes posiciones de la mirada. Algunos casos presentan un aumento de la hipertropía al inclinar la cabeza hacia el hombro homolateral, cuando se realiza la maniobra de inclinación cefálica, exactamente el comportamiento inverso al descrito x Jampolsky en la DVD (6) y coincidente con la respuesta de los pacientes que exhiben hiperfunción / contractura de rectos superiores.

Por esta razón, el retroceso asimétrico de rectos superiores es una buena alternativa para tratar estos casos de gran asimetría y fue la técnica empleada en 21/32 casos en nuestra serie.

En este trabajo podrán evaluar que la mayoría de los pacientes tenían buena agudeza visual bilateral y si bien presentaban preferencia de fijación, alternaban el ojo fijador en diferentes posiciones de la mirada. Sería interesante correlacionar el monto de la DVD con la Agudeza Visual para saber si este dato determina diferencias significativas.

En los casos que presentaban hiperfunción de oblicuos inferiores y patrón V no encontramos diferencia en el monto de la DVD entre el ojo fijador y el no fijador. La hipertropía era mayor en aducción y fueron tratados mediante TAOI y en algunos casos usamos técnicas diferentes en uno y otro ojo buscando lograr un resultado asimétrico.

La TAOI bilateral simétrica no es una buena opción para casos muy asimétricos. (7) Bothun y Summers (8) demostraron que la TAOI unilateral es un tratamiento efectivo para la DVD unilateral o marcadamente asimétrica en pacientes con fuerte preferencia de fijación. Esta cirugía reduce la Hiperfunción de los oblicuos inferiores, pero también puede provocar hipotropía ipsilateral.

En casos con hiperfunción de OS y patrón A, encontramos una tendencia a mostrar mayor DVD en el ojo fijador. Este dato nos advierte que debemos ser cuidadosos al explorar estos pacientes y es determinante en la elección de la técnica quirúrgica. La DVD es también incoitante, mayor en abducción (9,10,11) En este grupo, cuando la anisotropía en A es pequeña, no mayor que 14Δ , el retroceso bilateral de RS mejora la DVD y el patrón A. Si el patrón A es mayor, para evitar la hipocorrección, se deberían usar otras alternativas: el retroceso bilateral de RS + la tenectomía posterior de OS (10,11) o el procedimiento debilitante de 4 oblicuos (12,13)

Conclusiones:

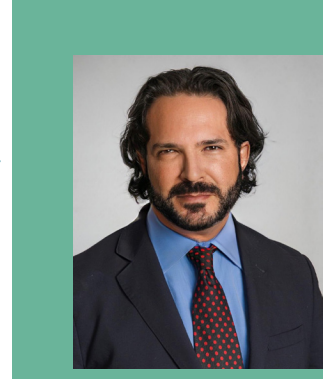
Si bien no pudimos confirmar nuestra hipótesis, podemos afirmar que la DVD asimétrica mayor en el ojo fijador es un dato clínico frecuente aún en presencia de buena Agudeza Visual bilateral.

Los pacientes con DVD asimétrica presentan mayor DVD en el ojo fijador en la mitad de los casos clínicos, independientemente de la presencia de patrón alfabético o no. Encontramos una tendencia a mostrar mayor DVD en el ojo fijador en pacientes con patrón A.

Finalmente podemos afirmar que las poblaciones de los pacientes con DVD simétrica y asimétrica muestran diferencias estadísticamente significativas, no relacionadas con el patrón de incoitancia.

Referencias:

1. Gamio S, Naranjo A. Unmasking bilateral DVD with VOG .39 th meeting of the European Strabismological Association transactions 2017, pag 183.186.
2. Schwartz T, Scott W Unilateral superior rectus recession for the treatment of dissociated vertical deviation. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1991; 28:219-222.
3. Scott WE, Sutton VJ, Thalacker JA (1982) Superior rectus recessions for dissociated vertical deviation. Ophthalmology 89:317-322
4. Helveston EM (1980) Dissociated vertical deviation: a clinical and laboratory study. Trans Am Ophthalmol Soc 78:734-779
5. Duncan LF, von Noorden GK (1984) Surgical results in dissociated vertical deviations J Pediatr Ophthalmol Strabismus 21:25-27
6. Jampolsky A. A new look at the head tilt test In: Fuchs AF, Brandt TH, Buttner U, Zee DS (eds) Contemporary ocular motor and vestibular research A tribute to David A Robinson. Springer, Stuttgart, 1994, pp 432-4394.
7. Del Monte MP (1993) Atlas of pediatric ophthalmology and strabismus surgery. Churchill-Livingstone, New York, pp 9.
8. Bothun ED, Summers CG (2004) Unilateral inferior oblique anterior transposition for dissociated vertical deviation. JAAPOS 8(3):259-263
9. McCall LC, Rosenbaum AL (1991) Incoitant dissociated vertical deviation and superior oblique overaction. Ophthalmology 98:911
10. Velez G, Velez F, Ela-Dalman N (2008) Surgical management of dissociated vertical deviation associated with A pattern strabismus. Poster presented at the 34th AAPOS Annual Meeting. Washington
11. Velez G (2000) A clinical classification of DVD for a better surgical approach. Festschrift for Arthur Jampolsky. The Smith Kettlewell Eye Research Institute, pp 59-63
12. Gamio S (2006) Weakening the four oblique muscles in the treatment of DVD. In: Proceedings of the joint congress: the Xth meeting of ISA and the first extraordinary meeting of CLADE. São Paulo, Brazil pp 97-100
13. Teixeira Krieger F, Caron Lambert A (2000) Efeito do debilitamento do músculo Oblicuo superior hiperfuncionante associado a anteriorizacao do músculo oblicuo inferior na Divergencia Vertical Dissociada. CLADE anais 2000 del XIV Congreso del CLADE. Sao Paulo, pp 447-450



C.C. -39

ESTRABISMO FIJO RELACIONADO A ALTA MIOPIA ¡UNA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DESAFIANTE!

Dr. Galton Carvalho Vasconcelos, Dra. Marina Bernardes Leão,
Dr. Henderson Celestino de Almeida
Instituto de Ojos Belo Horizonte, Brasil

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al terminar el año 2020 la prevalencia de la miopía en el mundo alcanzara el 33% y de la miopía alta 4% y para el año 2050 esas tasas llegaran al 52% y al 10%, respectivamente. En este contexto, la prevención de la progresión de la misma y el manejo de las complicaciones relacionadas con la miopía patológica, que es una causa importante de ceguera y limitaciones funcionales, cobran aún más relevancia.

La Esotropía puede ocurrir en el 3-8% de los casos de miopía. El estrabismo fijo relacionado con la miopía magna es un estrabismo adquirido, de tipo restrictivo caracterizado por esotropía e hipotropía progresivas, con déficits de abducción y supraducción, causados por el desplazamiento de los músculos rectos laterales (RL) en dirección inferior y rectos superiores (RS) en sentido medial debido a la protrusión del ojo en el cuadrante temporo-superior, fuera del cono muscular.

Historia Clínica

Mujer de cincuenta años, con antecedentes de uso de gafas desde los siete, alta miopía, baja visión y esotropía progresiva en las últimas dos décadas, con un empeoramiento significativo en los últimos dos años.

Antecedentes: Sin comorbilidades.

Exploración

Al examen: agudeza visual corregida:

20/200 OD (-26,00 D)

20/70 en OI (-24,00 D)

Presión ocular: de 14 mm Hg ambos ojos

Biomicroscopia: abultamiento de la esclerótica en cuadrante temporal superior observado en AO

Fondo de Ojos: degeneraciones miópicas en AO, más notorias en OD.

Al examen MOTOR: esotropía OD superior a 100 Δ e hipotropía de 14 Δ, en la posición primaria de la mirada (PPM), con déficits de abducción (recto lateral derecho -3,5 y recto lateral izquierdo -2) y elevación (-2 recto superior derecho y -1 recto superior izquierdo) (FIGURA 1)

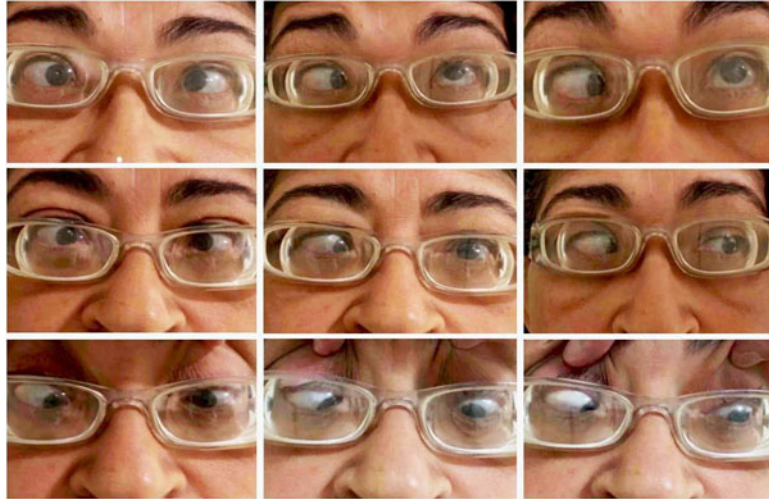


Fig. 1: Imágenes preoperatoria en las 9 posiciones de la mirada

IRM orbitaria:

La Sección coronal de resonancia magnética mostró protrusión de los globos oculares en la región temporal superior, con desplazamiento de los rectos laterales inferiormente y medialmente de los rectos superiores. (Figura 2).



Fig. 2: Sección coronal de la resonancia magnética de las órbitas. Desplazamiento de los rectos laterales inferiormente y medialmente de los rectos superiores, ambos ojos.

Tratamiento

El tratamiento se realizó en dos etapas: en la primera se colocó inyección de 5 U de toxina botulínica tipo A (TBA) con fórceps de Mendonça en los rectos mediales. Hubo una reducción de la esotropía a partir de los 15 días post-toxina de 50 Δ y de 5Δ de hipotropía derecha.

Después de los 45 días de TBA, se resolvió efectuar procedimiento quirúrgico bila-

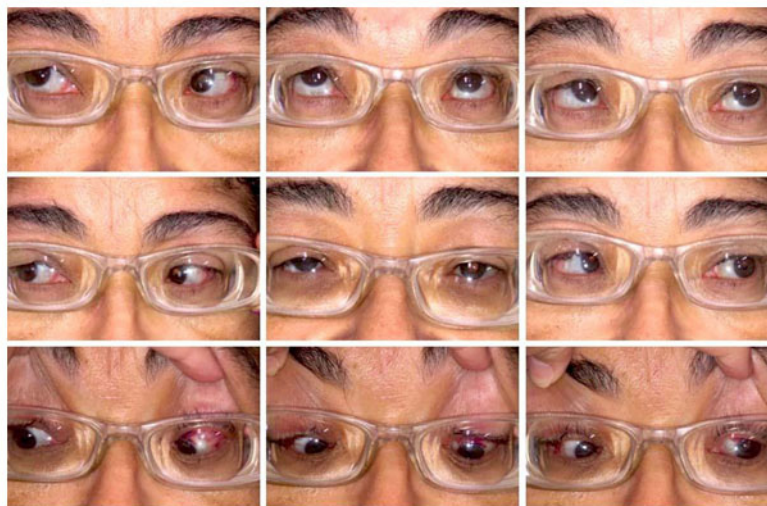


FIG. 3: Resultado postoperatorio

teral con la técnica clásica de Yokoyama.

Luego de 3,5 meses de TBA y 2 meses posterior a la cirugía, la paciente presentó esotropía residual de 10Δ en posición primaria, con restablecimiento parcial en la abducción y total en la elevación (-2 de rectos laterales y normal en rectos superiores) y reportó mejoría funcional de la visión con ausencia de diplopía.

Conclusiones

El éxito en el tratamiento del estrabismo fijo depende del diagnóstico preoperatorio correcto, de un examen cuidadoso y exhaustivo, como así también, del diagnóstico por imágenes a través de resonancia magnética o tomografía computarizada para después elegir el procedimiento quirúrgico adecuado.

La técnica de Yokoyama fue la primera descrita para restaurar la posición del globo en el cono muscular y se ha utilizado eficazmente en pacientes con alta miopía. Otros procedimientos que también tienen como objetivo corregir el camino de los músculos en relación con el globo ocular en el estrabismo de estas características son las técnicas de Yamada y Jensen modificado.

En desviaciones grandes, como la presentada por la paciente, es necesario asociar a dicha técnica el debilitamiento de los rectos mediales. En nuestro caso, se utilizó la toxina botulínica tipo A como alternativa a la retro-inserción, con el fin de reducir la contractura de estos músculos sin aumentar el riesgo de isquemia del segmento anterior. Además, su aplicación permitió una mejor clarificación semiológica del estrabismo antes de la operación, demostrando que la contractura de los rectos mediales puede tener un papel importante en el ángulo de desviación en la esotropía fija.

Referencias

1. The impact of myopia and high myopia: report of the Joint World Health Organization – Brien Holden Vision Institute Global Scientific Meeting on Myopia. 2015
2. Demer JL, Von Noorden GK. High myopia as an unusual cause of restrictive motility disturbance. *Surv Ophthalmol.* 1989; 33:281-284.
3. Demer JL. Muscle paths matter in strabismus associated with axial high myopia. *Am J Ophthalmol* 2010; 149:184-186.
4. Yokoyama T, Tabuchi H, Ataka S, et al. The mechanism of development in progressive esotropia with high myopia. In: de Faber JT, editor. *Transactions of the 26th meeting European Strabismological Association.* Barcelona: Swets & Zeitlinger; 2000. pp. 218-221.
5. Yamada M, Taniguchi S, Muroi T, et al. Rectus eye muscle paths after surgical correction of convergent strabismus fixus. *Am J Ophthalmol* 2002; 134:630-632.
6. Larsen PC, Gole GA. Partial Jensen's procedure for the treatment of myopic strabismus fixus. *J AAPOS* 2004; 8:393-395.
7. Su Y, Shen Q Fan X. Loop myopexy surgery for strabismus associated with high myopia. *Journal of Ophthalmology.* 2016; 2016:1-7.



PANEL DE EXPERTAS COMENTARIOS (CASO CLÍNICO 39)

Dra. Pilar Merino (España)

Los autores presentan los excelentes resultados en un caso con estrabismo fijo (Esotropía severa con los ojos fijos en aducción, mayor en OD e hipotropía del OD) secundario a la elevada miopía que fue tratado con inyección de toxina botulínica en los rectos médios (5 u.i.) y posteriormente (al mes y medio) operado con la técnica de Yokohama en ambos ojos.

El estrabismo del míope magno es un desorden restrictivo de la motilidad ocular incoordinado, degenerativo y adquirido que va progresando con el paso del tiempo. Generalmente aparece en la edad adulta, sobre todo en mujeres y se asocia a una miopía magna > de 8 D y una longitud axial > de 26,5 mm. El tipo de desviación más característica es la esotropía asociada a una hipotropía en el ojo con mayor longitud. También, aunque más raros, hay casos con exotropía e hipotropía o sólo con hipotropía (heavy eye). Otras anomalías motoras que lo caracterizan son la limitación de la abducción, de la supraducción y el tortícolis severo. A veces, en ausencia de supresión o de ambliopía severa, pueden referir diplopia. La patología puede ser unilateral o bilateral con gran contractura de los rectos medios.

Hay muchas hipótesis patogénicas sobre su causa y ninguna se ha demostrado totalmente cierta al 100%. La teoría aceptada en la actualidad implica a una desproporción entre el contenido y el continente orbitario. El contenido serían unos globos oculares de gran tamaño con un estafiloma súper-temporal y el continente sería una cavidad ósea orbitaria, que por ser más pequeña en las mujeres podría justificar que el cuadro sea más frecuente en el sexo femenino. Los estudios realizados con resonancia magnética orbitaria demuestran que hay un desplazamiento retro-ecuatorial inferior del RL y un desplazamiento nasal del RS lo que origina un aumento del ángulo que forman ambos músculos que en condiciones normales suele ser de 90°, y además una disminución del ángulo infero-medial formado por el RI y el RM y un desplazamiento nasal del RI. El estafiloma súper-temporal podría provocar estos desplazamientos de los trayectos musculares con un cambio no sólo en la dirección anatómica, sino también en los vectores funcionales de los músculos rectos alterando su función. Todo esto provoca la gran esotropía encontrada con la limitación de la abducción. En el caso de las raras exotropías que también se han observado el mecanismo sería inverso, con un desplazamiento temporal del RS, un menor ángulo supero-lateral y un desplazamiento inferior del RM. Para plantear el mejor tratamiento de estos casos es conveniente realizar una resonancia orbitaria que permita localizar exactamente los trayectos musculares de los músculos rectos y constatar sus desplazamientos, aunque también se pueden observar durante la cirugía.

La gran esotropía que se ve en estos casos como el que nos presentan los autores con contractura de los rectos medios y severa limitación de la abducción hace que debamos reinsertar a dichos músculos. La opción alternativa de la toxina botu-

línica en los rectos medios puede tener buenos resultados en eliminar parte de la desviación resolviendo su contractura, como ocurre en las parálisis del VI bilateral y así prevenir la isquemia del segmento anterior. Yo no utilizo toxina botulínica en los casos de miopías magnas y prefiero retroinsertar los rectos medios. Hay que tener en cuenta que son ojos de una gran longitud axial con estafilomas y escleras adelgazadas lo cual aumenta el peligro de una posible perforación. Por otro lado la toxina botulínica puede provocar una desviación vertical por difusión al recto inferior que cambie la desviación vertical inicial.

Cuando en la resonancia se observe un desplazamiento inferior severo del RL, este músculo no debería ser simplemente resecado porque se agravará o se provocará una hipotropía. Por tanto ante severas esotropías con hipotropías mayores de 14Δ por desplazamientos del RL, la técnica de Yokohama que consiste en unir parte de los vientres musculares del RS y del RL a 10-15 mm de su inserción con sutura no reabsorbible nos va a corregir la hipotropía y una parte importante de la esotropía; el resto de la desviación horizontal tendrá que ser corregida con la retroinserción del RM.

En los casos donde no haya esotropía y sólo exista una hipotropía el desplazamiento superior del RL a nivel retro-ecuatorial con anclaje a esclera (poliglactina de 6/0) para corregir su trayecto puede corregir desviaciones verticales hasta unas $10-12\Delta$. En hipotropías monoculares $< 10-12\Delta$ asociadas a esotropía, la técnica de Yokohama puede provocar una hipercorrección vertical por lo que una buena alternativa quirúrgica sería la retroinserción del RM con la resección del RL y el anclaje a esclera de la mitad superior de dicho músculo pasando la sutura a 8 de su inserción para corregir su trayecto. En la actualidad yo prefiero utilizar las suturas reabsorbibles de vycril de 6/0 para realizar estos anclajes superiores retro-ecuatoriales del RL porque cuando utilizaba las suturas no reabsorbibles los pacientes tenían sensación de cuerpo extraño y referían molestias durante largo tiempo de evolución.



PANEL DE EXPERTAS COMENTARIOS (CASO CLÍNICO 39)

Dra. Ángela Fernández (Colombia)

Este es un caso con muy buen resultado quirúrgico que ilustra el estrabismo asociado a miopía elevada. Esta patología es también conocida como el Síndrome del Ojo Pesado o Estrabismo Convergente Fijo y fue descrita por Bagshaw en 1966. Generalmente estos pacientes presentan diplopía secundaria a la endotropía progresiva, hipotropía y limitación de la abducción y elevación. Las imágenes orbitarias muestran desplazamiento nasal de los músculos rectos superiores y un desplazamiento inferior de los rectos laterales. Generalmente en estos casos la retro-resección de los músculos horizontales tiene resultados poco efectivos. En su lugar, la reposición de los músculos horizontales en la dirección correcta, contribuye a un resultado positivo debido a que corrige el mecanismo fisiopatológico de la desviación. En las diferentes proyecciones podemos evaluar si hay un prolapso supero-temporal del globo ocular, el cual debe ser corregido.

Las técnicas de Yokoyama, Yamada y Jensen modificado acercan los vientres musculares del recto superior y recto lateral. Morad describe la miopexia de recto superior y recto lateral con mínima disección en el abordaje por fornix supero-temporal, sin suturas a través de la esclera.

En cuanto al debilitamiento del recto medial, este depende de la magnitud de la desviación. En este caso, con una endotropía de gran ángulo, la opción inicial de utilizar la toxina botulínica permitió la disminución de la desviación, con menor riesgo y dificultad técnica que la cirugía de debilitamiento. Esto último, debido a que estos casos con frecuencia presentan una retracción severa del músculo recto medial, secundaria a la cronicidad de la desviación. Es importante anotar que para este tratamiento de inyección de la toxina en casos de miopía alta y endotropía de gran ángulo, la experiencia del oftalmólogo tratante es definitiva, puesto que el globo ocular es por lo general de mayor tamaño y las relaciones anatómicas se encontraran alteradas.

El estrabismo restrictivo secundario de estos pacientes con miopía alta y síndrome de ojo pesado - estrabismo convergente fijo, es una condición no frecuente. En la evaluación del paciente se debe tener en cuenta el efecto de los anteojos en la medición del estrabismo. Este puede ser aumentado de manera significativa por los lentes negativos, como lo refieren Scattergood y Guyton. El estudio preoperatorio cuidadoso debe permitirnos un diagnóstico correcto.

Dentro de los diagnóstico diferenciales deben contemplarse: el Sagging Eye síndrome, la Oftalmopatía de Graves, la Miastenia Gravis ocular y la parálisis del VI nervio craneal.

Sí encontramos un prolapso supero-temporal del globo ocular con desplazamiento de los músculos rectos superior y lateral, la cirugía que reposiciona los trayectos musculares sería mi elección. Estos procedimientos por lo general son bien tolerados y efectivos para estos casos. Resulta interesante la opción del procedimiento

de Morad, por la sencillez del abordaje y la ausencia de suturas en la muy delgada esclera de un ojo con gran miopía. Es además una técnica reportada como efectiva y que mantiene el resultado quirúrgico a largo plazo.

La combinación con procedimientos para debilitar el recto medio dependerá del ángulo de desviación y de la presentación clínica del paciente. La decisión acerca de usar toxina botulínica o cirugía para este debilitamiento dependerá de la experiencia y elección del cirujano.

Referencias

Hennein L, Robbins SL, Heavy Eye Syndrome: Myopia Induced Strabismus, Survey of Ophthalmology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2020.06.001>.

Scattergood KD, Brown MH, Guyton DL. Artifacts introduced by spectacle lenses in the measurement of strabismic deviations. Am J Ophthalmol 1983; 96:439 – 448.

Morad Y, Pras E, Nemet A. Superior and lateral rectus myopexy for acquired adult distance esotropia: a “one size fits all” surgery. Strabismus. 2017;25(3):140-4



MIRADA CLÍNICA

TRANSICIÓN “EXITOSA VS EXPULSIVA”

EN LA ATENCIÓN MÉDICA, DE LA PEDIATRÍA

A LA MEDICINA DEL ADULTO.

Dra. Viviana Raquel Abudi

Médica Especialista Universitaria en Oftalmología UBA

Jefe de Clínica del Servicio de Oftalmología

del Hospital de Pediatría Prof Dr. Juan P. Garrahan.

Buenos Aires, Argentina.

La relación médico paciente en la enfermedad crónica en pediatría es “empática, conductista e interpersonal integral”, médico-paciente- familia-escuela, lo que posibilita la adhesión a los tratamientos y controles siendo su objetivo la mejor calidad de vida para el niño.

El GRAVE PROBLEMA se produce cuando el niño crece y debe ser transferido a una institución de atención para adultos, porque hay un verdadero “vacío” de un adecuado proceso, siendo la consecuencia, muchas veces el abandono del tratamiento, convirtiéndose entonces en una VERDADERA TRANSICION “EXPULSIVA”.

Es importante ahondar en este tema ya que en Oftalmología Pediátrica hay muchas enfermedades crónicas que requieren una transición adecuada; no solo por el riesgo visual como en el glaucoma, uveítis, etc; sino también por peligro de vida como en casos de tumores oculares, fundamentalmente el retinoblastoma.

La mayor supervivencia de muchos pacientes con enfermedades complejas, que antes eran atendidos únicamente en el ámbito pediátrico, presenta un panorama y una necesidad diferente, no solo de atención médica, sino también en el contexto social. (1,2)

En Argentina la Dra. Carmen De Cunto , Reumatóloga Pediatra del Hospital Italiano ha trabajado mucho en el tema, por lo que recomiendo la lectura de sus publicaciones (1,2).

Mientras que la **transferencia** es entendida como el **evento puntual** del pasaje de una institución a otra, la **transición** es conceptualizada como un **proceso dinámico, complejo y planificado, que incluye el acto de transferencia** propiamente dicho.

Si bien, la transición desde la atención pediátrica a la del adulto es específica para cada persona y debería ocurrir en general entre los 18 y 21 años de edad hay que tener en cuenta que es un proceso relacionado no necesariamente con la edad cronológica, sino con el desarrollo madurativo y con aspectos psicosociales, educativos y vocacionales. Además la coordinación entre el paciente, su familia y el equipo de salud ocupa un papel fundamental, así como la escuela, el trabajo y la diaria dependencia-autonomía. (1,3)

Es necesario evaluar las capacidades psicosociales de cada paciente, trabajar en

ellas durante la etapa de preparación y en el caso de adolescentes con discapacidad mental hacerlo junto al familiar o tutor que lo acompañe. Por todo esto en el año 2017, De Cunto integrando un equipo multicéntrico junto al Hospital Garrahan realizarán la adaptación transcultural del cuestionario de transición a la atención médica del adulto, al castellano argentino, basándose en que es más fácil validar un instrumento ya disponible y útil (si existiera) que construir uno nuevo y que permite, además, realizar comparaciones entre diferentes poblaciones. (4,5)

Los invito a conocer el CUESTIONARIO TRAQ (Transition Readiness Assessment Questionnaire) que fue desarrollado en la Universidad de Florida. El grupo de preguntas seleccionadas evalúan habilidades de los pacientes en lugar de conocimientos, relevantes para conocer el nivel de preparación para el pasaje. Comprende cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. (figuras 1 y 2)

Respecto del área de la atención médica, según De Cunto, la meta durante la transición es asegurar el cuidado médico de alta calidad, apropiado para cada etapa del desarrollo y su continuación, de forma ininterrumpida, mientras el individuo va transitando de la adolescencia hacia la adultez.

Lamentablemente la realidad muestra que la transición muchas veces se resume a una simple transferencia generando un alto riesgo de salud especialmente en pacientes con patologías permanentes donde muchas veces se pierde el seguimiento y para minimizar dicho impacto negativo, se han desarrollado varios modelos para efectivizarla.

La transición es un proceso complejo de 3 etapas: inicial, intermedia y final. Todas ellas con dificultades para los actores: paciente, familia, pediatra, médico de adultos (1,2)

Etapla inicial: la marca el momento en que se toma la decisión de comenzar a prepararse para la transición.

Etapla intermedia: el paciente, su familia y su médico ya están capacitados para iniciar este proceso.

Etapla final: ocurre cuando el adolescente o adulto joven, es “transferido” a un servicio de adultos, puesto que participará activamente de su cuidado y de la toma de decisiones, siempre de acuerdo con las capacidades potenciales de cada paciente.

Siguiendo a De Cunto, describimos los pasos del proyecto en proceso de aplicación, en el Hospital Italiano de Buenos Aires (1).

Iniciar el proceso de planificación de la transición: instalar el tema, conversar sobre las perspectivas futuras con el paciente y su familia y dar información acerca del programa de transición del hospital.

Se recomienda que este paso se inicie precozmente (alrededor de los 13 años, coincidiendo con el inicio de la escuela secundaria) o adaptar los estadios de pre-

paración hacia la atención en adultos según los intervalos etarios: 12-13 años, 14-15 años, 16-17 años y mayores de 18 años. En los casos de pacientes en los intervalos de mayor edad, la preparación deberá ser más intensiva. Es recomendable, discutir la política y el programa de transición a lo largo de una o varias consultas.

Puntos a conversar:

Edad esperada para el pasaje, las responsabilidades del paciente en la preparación para el proceso, las responsabilidades de los padres o cuidadores y del médico tratante.

Dejar constancia escrita en la historia clínica de los avances en la preparación para la transición. Identificar a los grupos de pacientes con mayor riesgo de tener una transición complicada para implementar medidas de apoyo.

Administrar cuestionarios para evaluar las capacidades de autonomía y responsabilidad de los pacientes y reevaluar esas capacidades en edades sucesivas para definir progresos o dificultades sobre las que se pueda trabajar (4,5).

Determinar los cuidados especiales que cada paciente requiere e identificar a los posibles profesionales de adultos, subespecialistas de los mismos o grupos interdisciplinarios.

Tener en cuenta temas como seguridad social, seguro médico, tutoría, etc. (1, 2, 6)
Realizar un seguimiento de los pasos en forma periódica.

Implementación del programa

1. Etapa de diagnóstico de situación: evaluar el número y características de los pacientes adolescentes con enfermedades crónicas que pasarán a la atención de la medicina del adulto.
2. Elaboración y difusión del programa de la institución
3. Etapa de preparación: explicar la política interna, entregar cuestionarios para evaluar autonomía según cada grupo etario, generar espacios de discusión con cada paciente y su familia o con grupos de pacientes en talleres.
4. Planificación: asegurar los requerimientos de salud de cada paciente o de los grupos de pacientes, delinear las responsabilidades y acciones que correspondan al mismo, a su familia y a los profesionales de la salud, de atención presente y futura.
5. Implementación: elegir la mejor manera de atención durante la transición para lograr un pasaje lo más delicado posible: clínicas conjuntas (subespecialista pediátrico y de adultos, etc.) y/o la creación de un grupo de profesionales que trabajen en conjunto .
6. Seguimiento y evaluación del proceso, determinando el grado de satisfacción de la transición para poder modificar o replantear el programa.

Que experiencia existe en Argentina?

En dos estudios realizados en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, para diagnóstico de situación sobre el proceso de transición-transferencia en los servicios ambulatorios que atendían a pacientes con enfermedades crónicas se observaron

amplia variabilidad, con experiencias que iban desde transferencias más programadas a otras más azarosas. (7,8)

En ninguno de los dos relevamientos, se encontraron acuerdos interinstitucionales formales. Sí se encontró una diferencia en la frecuencia de acuerdos informales: en el último análisis, el 84% tiene algún acuerdo informal y en el relevamiento anterior, solo un 30%, por lo que este cambio denota un avance.

En relación con los obstáculos encontrados en los actores involucrados ya sea adolescente, familia, pediatras o médicos de adultos y desde las instituciones o sistemas, hubo coincidencia con lo descripto internacionalmente, con independencia del nivel de desarrollo de los países y con los datos analizados en un consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría, en todos los distintos. (9)???

Reflexiones finales

El proceso de transición debe comenzar el día del diagnóstico reafirmando la idoneidad del niño o del adolescente y no las incapacidades, pensándolo como un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación.

El adolescente y su familia deben estar involucrados en la decisión de la transición y deben adaptarse de manera flexible a los tiempos que requiera cada paciente, para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía en distintas áreas de su vida.

Los médicos pediatras y la familia deben prepararse para “dejar ir al adolescente”. Es menester saber reconocer cuándo el paciente-niño ya es capaz de su autocuidado, favorecer su crecimiento y facilitar la transición. Es esencial la coordinación entre los diferentes servicios, como así también entre los profesionales de la salud. La coordinación de los servicios tratantes (pediátricos y de adultos) es fundamental para que el paciente aprenda a desempeñarse de una manera independiente como adulto en la sociedad.

Las propuestas “anti transición expulsiva” incluyen, como analizamos, uso de cuestionarios, protocolos y equipos “comprometidos” para cada especialidad e incluso usando telemedicina, para realizar una transición “humanizada” con atención en conjunto temporalmente a fin de que el paciente se adapte a su nuevo equipo médico y viceversa y pueda expresar sus emociones frente al cambio.

FORM 1. Transition Readiness Assessment Questionnaire 5.0, versión original . Date of Birth: ___/___/___ Today's Date: (M/R/Y)

Patient Transition Readiness Assessment Questionnaire

Directions: Please check the box that best describes your skill level in the following areas that are important for transition to adult health care. There is no right or wrong answer and your answers will remain confidential and private.

	No, I do not know how (1)	No, but I want to learn (2)	I am learning to do this (3)	Yes, I have started doing this (4)	Yes, I always do this when I need to (5)
Managing Medications					
Do you fill a prescription if you need to?					
Do you know what to do if you are having a bad reaction to your medications?					
Do you take medications correctly and on your own?					
Do you reorder medications before they run out?					
Appointment Keeping					
Do you call the doctor's office to make an appointment?					
Do you follow-up on any referral for tests or check-ups or labs?					
Do you arrange for your ride to medical appointments?					
Do you call the doctor about unusual changes in your health (for example: allergic reactions)?					
Do you apply for health insurance if you lose your current coverage?					
Do you know what your health insurance covers?					
Do you manage your money & budget household expenses (for example: use checking/debit card)?					
Tracking Health Issues					
Do you fill out the medical history form, including a list of your allergies?					
Do you keep a calendar or list of medical and other appointments?					
Do you make a list of questions before the doctor's visit?					
Do you get financial help with school or work?					
Talking with Providers					
Do you tell the doctor or nurse what you are feeling?					
Do you answer questions that are asked by the doctor, nurse, or clinic staff?					
Managing Daily Activities					
Do you help plan or prepare meals/food?					
Do you keep home/room clean or clean-up after meals?					
Do you use neighborhood stores and services (for example: grocery stores and pharmacy stores)?					

© Wood, Sawicki, Reiss & Livingood, 2012.

Adaptación transcultural del cuestionario de transición a la atención médica del adulto al castellano argentino/ II

FORM 2. Transition Readiness Assessment Questionnaire 5.0, versión final en español argentino

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

Instrucciones para los jóvenes: Por favor, marque con una cruz la opción que mejor describa su capacidad para cada uno de las siguientes áreas, que son importantes para la transición del cuidado de su salud a la medicina del adulto. No hay respuestas correctas ni incorrectas y serán confidenciales y privadas.

Instrucciones para padres/cuidadores: si el joven que está a su cuidado no tiene la capacidad para comprender el significado de las preguntas que se mencionan más abajo por sí mismo, por favor, respóndalas en forma conjunta y marque con una cruz el casillero que mejor describa la capacidad del joven para realizarlas.

Marque con una cruz si usted como padre/cuidador es quien está completando el formulario.

	No, no sé cómo hacerlo	No, pero quiero aprender a hacerlo	No, pero estoy aprendiendo a hacerlo	Si, ya he comenzado a hacerlo	Si, lo hago siempre que lo necesito
Manejo de la medicación (para pacientes que han tomado o toman medicación)					
1. Si la necesitás, ¿vas a buscar tu medicación a la farmacia?					
2. ¿Sabés qué hacer si tenés una reacción adversa a tu medicación (por ejemplo: reacción alérgica, diarrea por la medicación)?					
3. ¿Tomás por vos mismo tus medicamentos tal como te los indicaron?					
4. ¿Solicitás tus medicamentos antes de que se terminen?					
Asistencia a citas					
5. ¿Te ocupás vos mismo de pedir los turnos para los consultorios médicos?					
6. ¿Estás pendiente de las derivaciones a especialistas, controles o de los resultados de análisis de laboratorio?					
7. ¿Organizás vos mismo cómo viajar para ir a las consultas médicas?					
8. ¿Te ocupás vos mismo de consultar al médico si observás cambios inusuales en tu salud (por ejemplo: reacciones alérgicas, etc.)?					
9. ¿Sabés realizar vos mismo los trámites para obtener una cobertura médica si perdés la actual?					
10. ¿Sabés qué beneficios cubre tu obra social, prepaga, etc.?					
11. ¿Manejás tu propio dinero y te encargás de los gastos de la casa (por ejemplo: utilizás tarjeta de débito, crédito, etc.)?					
Seguimiento de los problemas de salud					
12. ¿Podés completar vos mismo algún formulario relacionado con tu historia clínica, incluida la lista de tus alergias?					
13. ¿Tenés anotados tus turnos médicos y demás citas de alguna manera (agenda, lista, celular, etc.)?					
14. ¿Realizás vos mismo una lista de preguntas antes de ir a la consulta médica?					
15. ¿Recibís ayuda económica a través de alguna institución (subsídio, pensión, apoyo, etc.)?					
Comunicación con los profesionales					
16. ¿Les contás al médico o a la enfermera lo que te pasa?					
17. ¿Respondés vos mismo las preguntas que le hacen el médico, la enfermera u otra persona del equipo de salud?					
Manejo de las actividades cotidianas					
18. ¿Colaborás con la planificación o preparación de las comidas?					
19. ¿Mantenéis ordenado tu cuarto y/o casa o levántas la mesa y/o lavás los platos después de comer?					
20. ¿Vas a hacer compras a los negocios del barrio (por ejemplo: almacén, farmacia, etc.)?					

Enlaces útiles con programas de transición (1)

Reino Unido www.coe.ufl.edu/Centers/transitionCenter/www/spanish/htm www.dh.gov.uk/transition www.transitionpathway.co.uk www.youngminds.org.uk/publications/booklets/adulthood.php Australia www.rch.org.au/transition Estados Unidos y Canadá www.hrtw.org www.door2adulthood.com www.fytransition.org www.youthhood.org/youthhood/index.asp

Referencias

1. Carmen L. De Cunto. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. Arch Argent Pediatr 2012; 110 (4) 341-34
2. De Cunto C, Moroldo M, Liberatore D, Katoicas M, Russo R. Clínica de transición, del reumatólogo pediatra al reumatólogo de adultos (resumen). Sociedad Argentina de Reumatología. 35º Congreso Argentino de Reumatología. 2000 Oct 5-8; Córdoba, Argentina. [Acceso:13 abril 2012]. Disponible en: www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/congreso/2000/o35.html De Cunto C,
3. Eymannb A, Britosa M, González F, Roizend M, Rodríguez Celine M y Soriano Guppyf E. McDonagh J. Transition of care from paediatric to adult rheumatology. Arch Dis Child 2007;92(9):802-7.
4. Adaptación transcultural del cuestionario de transición a la atención médica del adulto al castellano argentino. Arch. argent. pediatr. vol.115 no.2 Buenos Aires abr. 2017
5. Wood DL, Sawicki GS, Miller MD, Smotherman C, et al. The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): its factor structure, reliability, and validity. AcadPediatr 2014;14(4):415-22. [Links]
6. White PH. Transition: a future promise for children and adolescents with special health care needs and disabilities. Rheum Dis Clin North Am 2002;28(3):687-703.
7. González F, Rodríguez Celin MM, Roizen M, et al. Estado de situación del proceso de transición-transferencia de adolescentes con enfermedades crónicas en un hospital pediátrico de referencia nacional en Argentina. Arch Argent Pediatr 2017;115(6):562-569.
8. Ugo F, Schejter VH, Carniglia L, et al. La transición del cuidado en el paciente crónico: El largo camino de un hospital pediátrico a un hospital de adultos. Med Infant 2009;16(1):16-23.
9. Garategaray M, Rodriguez Ponte M, Breitman F, et al. Transición del adolescente con enfermedades crónicas. Sociedad Argentina de Pediatría, 2011. [Consulta: 4 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/transicion_del_adolescente_con_enfermedades_cronicas.pdf.

INFORMACIÓN SOBRE CENTROS DE ESTRABISMO & OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA



El **Centro Argentino de Estrabismo** realiza reuniones mensuales el cuarto viernes de cada mes (excepto superposición con congresos importantes). Las sesiones se inician a las 18 h. y son transmitidas por internet, pudiendo observarse la imagen y sonido en tiempo real. Asimismo se puede preguntar en tiempo real por chat e interactuar con los demás conectados. También organiza un Congreso Anual con Invitados Extranjeros hacia fin de año junto a la Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil.

El CAE tiene página web www.estrabismo.com.ar



El **Centro Brasileiro de Estrabismo (CBE)** organiza jornadas científicas anuales con invitados internacionales. Además, durante el Congreso Brasileiro de Oftalmología promueve el Simposio del CBE.

El CBE tiene una página web www.cbe.org.br



El **Centro Chileno de Estrabismo** realiza reuniones cada tres meses, con una sesión matutina los días sábados en el Auditorio de la Sociedad Chilena de Oftalmología, en la ciudad de Santiago. Las sesiones se inician a las 9 am hasta las 12.30 pm y son transmitidas por internet, pudiendo observarse imagen y sonido en tiempo real para permitir la discusión presencial y a distancia a través del chat. Se discuten habitualmente temas atinentes y se presentan casos clínicos de diversa complejidad. Asisten médicos de Santiago y Regiones además de todos los residentes en formación como parte del programa académico de oftalmología.



La **Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica**, fundada en el año 1972, para el estudio, investigación, diagnóstico y tratamiento del Estrabismo y las alteraciones de la visión binocular, acoge a todos aquellos Oftalmólogos interesados. Se reúne anualmente en un Congreso. Edita la revista Acta Estrabológica desde su fundación. Inscripciones a la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica: Remitir solicitud avalada por dos miembros en activo de la Sociedad, a la Secretaría General, C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha., 28015 MADRID. La pertenencia a la Sociedad otorga derecho a participar en sus Congresos y Cursos anuales, participar en la Asamblea General Ordinaria y Extraordinarias que sean convocadas por la Junta Directiva, con derecho a voto, y acceder a los cargos de su Junta Directiva en proceso electoral que se celebra en el transcurso de sus Congresos.



El **Centro Mexicano de Estrabismo** realiza reuniones mensuales el tercer miércoles de cada mes, con una sesión matutina en los diferentes Centros Oftalmológicos de México DF y una sesión nocturna en el Auditorio de la Sociedad Mexicana de Oftalmología, que se transmite. Las sesiones son transmitidas por internet, pudiendo observarse la imagen y sonido en tiempo real. Dos meses al año cambia la rutina y realiza una sesión matutina un sábado en una ciudad cercana al distrito federal. Publican una página web www.cmestrabismo.org

El **Centro Peruano de Estrabismo y Oftalmología Pediátrica** realiza reuniones académicas el tercer jueves de cada mes. En el corriente año tendrá además una participación en el XVI Congreso Regional de Oftalmología en la ciudad de Trujillo, del 5 al 7 de Septiembre de 2019.

2020-SEPTIEMBRE 11
ARGENTINA
ZONA SAOI
ATENEO DEL LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL

FORMATO VIRTUAL



2020-SEPTIEMBRE 25
BUENOS AIRES- ARGENTINA
7º ATENEO DEL CENTRO ARGENTINO DE ESTRABISMO
INSTITUTO OFTALMLÓGICO PRIETO DÍAZ
III ATENEO INTERNACIONAL
CAE-FUNDACIÓN STRABOS
DE SAN PABLO

FORMATO VIRTUAL



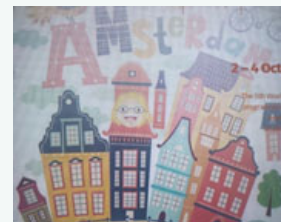
2020-OCTUBRE 23
BUENOS AIRES- ARGENTINA
5º ATENEO DEL CENTRO ARGENTINO DE ESTRABISMO
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
FOP-DISCÍPULOS DEL DR. CIANCIA
EGRESADOS DEL CURSO
DE ESTRABIMO DEL HOSPITAL PIÑERO

FORMATO VIRTUAL



2020-OCTUBRE 2-3-4
AMSTERDAM- HOLANDA
5TH WORLD CONGRESS OF PAEDIATRIC OPHTHALMOLGY & STRABISMUS

FORMATO VIRTUAL



2020-NOVIEMBRE 13
BUENOS AIRES- ARGENTINA
ZONA SAOI
ATENEO DEL LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL

FORMATO VIRTUAL



2020-NOVIEMBRE 28
JORNADA CAE-SAOI

FORMATO VIRTUAL



2021-ABRIL 21-24

**PARIS- FRANCIA
JOINT MEETING OF THE EUROPEAN AND
INTERNATIONAL STRABISMOLOGICAL
ASSOCIATIONS**

PALAIS CONGRÉS D'ISSY



2022-SEPTIEMBRE 8-11

**CANCUN- MÉXICO
XV ISA MEETING
FIESTA AMERICANA CORAL BEACH HOTEL**



REOP-Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica es una publicación trimestral del Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, y distribuida gratuitamente. La misma puede ser solicitada al Editor por toda persona o institución interesada en recibirlo a la dirección electrónica fernandoprietodiaz@hotmail.com

REOP acepta para su publicación casos clínicos, trabajos originales y comentarios sobre estrabismo y oftalmología pediátrica. El material para ser publicado puede ser escrito en español, portugués o inglés. Información sobre cursos, jornadas y congresos de estrabismo y oftalmología pediátrica será bien recibida y debe ser remitida a la dirección que figura más abajo o al mismo correo electrónico. El contenido de REOP no puede ser reproducido sin autorización expresa. COPYRIGHT REOP 2020.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) é uma publicação trimestral do Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL, e distribuída gratuitamente. A mesma pode ser solicitada ao Editor, por qualquer pessoa ou instituição interessada em recebê-la, no endereço eletrônico fernandoprietodiaz@hotmail.com

. REOP aceita para publicação casos clínicos, trabalhos originais e comentários sobre estrabismo e oftalmologia pediátrica. O material para ser publicado pode ser escrito em espanhol, português ou inglês. Informação sobre cursos, jornadas e congressos de estrabismo e oftalmologia pediátrica será bem recebida e deve ser enviada ao endereço que se encontra abaixo ou ao mesmo endereço eletrônico. O conteúdo da REOP não pode ser reproduzido sem autorização expressa. COPYRIGHT REOP 2020.

REOP-(Revista de Estrabismo & Oftalmología Pediátrica) is a free-access peer reviewed medical journal specialized in Strabismus and Pediatric Ophthalmology published quarterly by the Instituto Oftalmológico Prieto Díaz SRL in La Plata, Argentina. REOP accepts original papers, case reports, and letters to the editor. The journal accepts submissions in Spanish, English and Portuguese. An especial section is dedicated to promote local and international meetings in pediatric ophthalmology and strabismus. All submissions must be directed to the editor-in-chief Fernando Prieto Diaz: fernandoprietodiaz@hotmail.com
COPYRIGHT REOP 2020.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO PRIETO DÍAZ SRL
La Plata- (B1900BBA) -Prov. de Buenos Aires, ARGENTINA
TEL-FAX +54 221 425 7523