

ARTÍCULO CLÁSICO

Importancia de la atención al niño en edad temprana

Dra. Silvia L. Alvarez Romero¹

Lic. Arelys Fleitas Hernández²

Lic. Esledy Carvajal González³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal a los 26 niños de cero a cinco años que acudieron a la Consulta de Atención a la Edad Temprana del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" durante el período de enero de 2004 a julio de 2006; el objetivo del estudio fue analizar el comportamiento de la estimulación visual en estos pacientes; a todos se les realizaron, siempre que fue posible, evaluación clínico-oftalmológica y pruebas para baja visión. El sexo predominante fue el femenino (57.70%) y las afecciones oftalmológicas más frecuentes fueron la retinopatía de la prematuridad (ocho niños), las abiotrofias y el albinismo (cinco respectivamente) y la catarata congénita (cuatro); las lentes más frecuentes fueron las esféricas y dentro de ellas las positivas (14 ojos), solo se diagnosticó una miopía elevada; la eficiencia visual aumentó en nueve de los 12 niños de cero a dos años y la agudeza visual en el grupo de tres a cinco años mejoró en 19 ojos; el campo visual fue normal en la mayoría de los ojos (31) con 59.63%, tres presentaron daño del campo visual central y cinco del periférico. La discriminación al color fue normal en el 40.38% de los ojos, en dos (3.85%) alterada y en el resto no obtuvimos respuestas: cuatro ojos por falta de cooperación, cinco nulos y los 20 restantes por pertenecer a niños muy pequeños. Empleamos el juego como vía de estimulación y los resultados fueron: satisfactorio en 18 niños, regular en siete y deficiente en uno con retinopatía de la prematuridad, tratado, pero que no conserva resto visual; a él se le brinda estimulación en orientación y movilidad.

DeCS:

ESTIMULACION LUMINOSA
BAJA VISION/diagnóstico

SUMMARY

A descriptive and cross-sectional study with a universe formed by 26 children between the ages of 0 and five who attended the Early Childhood Attention Services of the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital during the period from January 2004 to July 2006 was carried out. The objective was to analyze the behavior of visual stimulation in those children. All of them, whenever it was possible, underwent a clinical ophthalmologic assessment and low-vision tests. Most of the patients were females (57.70%) and the most frequent ophthalmologic conditions were the retinopathy of prematurity (eight children), the abiotrophies and albinism (five cases each condition) and congenital cataract (four cases). The most common lenses were the spherical ones and among them the positive ones (14 eyes); only one case of high myopia was diagnosed. Visual efficiency increased in nine of the twelve children from the group of 0 to 2 years of age. Visual acuity of children in the group of 3 to 5 years of age improved in 19 eyes. The visual field was normal in most of the eyes (31) representing 59.63 percent; three eyes presented damage in the central visual field and five in the peripheral field. Color discrimination was normal in 40.38 percent of the eyes and it presented alterations in 2 eyes (3.85%). We did not get answers from the rest: four eyes due to lack of cooperation, five which were null, and the rest due to the age of the children. We used games as a way of stimulating them and the results were: satisfactory in 18 children, not so good in seven children and deficient in a child with retinopathy of prematurity who received treatment but does not have visual capacity. This patient receives stimulation in orientation and mobility.

MeSH:

PHOTIC STIMULATION
VISION, LOW/diagnosis

INTRODUCCIÓN

La estimulación temprana es el conjunto de acciones encaminadas a la aplicación de programas secuenciales y sistemáticos que tienen como finalidad prevenir alguna anomalía y potenciar la adquisición de habilidades y destrezas para el niño; cuando nace un niño con afecciones oftalmológicas o las adquiere en los primeros meses de vida se producen lagunas o retrasos en su desarrollo visual.^{1,2} La necesidad de estimular sistemáticamente la visión parcial de un niño reside en la importancia que la función visual posee en relación con su desarrollo global;³ por tanto, la estimulación visual es la presentación de objetos visuales y materiales en permanente orden y secuencia para desarrollar al máximo la potencialidad visual del individuo con baja visión teniendo en cuenta el desarrollo general del niño.³ Las limitaciones severas de la visión afectan de forma general el desarrollo del niño, especialmente durante los primeros tres años de vida: en primer lugar la adquisición de habilidades motoras se retarda, así como la esfera cognoscitiva, la socialización, el validismo y el lenguaje; un programa de intervención temprana a punto de partida de la detección precoz del problema permite, en gran medida, neutralizar las consecuencias funcionales de la discapacidad.⁴

Conocer la deficiencia visual en un niño representa un momento difícil para la familia, es recomendable que en el momento crítico del diagnóstico médico se informe a los padres acerca de las posibilidades que la atención temprana abre para el desarrollo del niño y para la salud mental de la familia;⁵ en estos casos no se trata de ignorar que existe un problema y comportarse como si nada pasara, sino de tratar al niño lo más normalmente posible y proporcionarle la estimulación visual necesaria, a la que ellos mismos no pueden acceder por sus deficiencias visuales.^{1,2,5} El mundo está diseñado para personas que ven y más del 85% de la información que de él recibimos nos llega a través del sentido de la vista, directa o indirectamente,² y cuando el niño nace con deficiencias visuales no puede acceder a la estimulación que le proporciona el espacio inmediato; el niño con discapacidad visual no estimulado recibirá mucha menor información que el que ve y sus experiencias serán menos variadas, tendrá dificultades para explorar su entorno, para aprender a través de la imitación y para establecer relaciones con los objetos y las demás personas.⁶

La estimulación visual tiene como objetivo fundamental que el niño confiera un significado a los estímulos visuales que recibe para que pueda llegar a formar un proceso visual y que éste sea potencializado al máximo,^{6,7} es el proceso de integración entre el niño y el objeto que lo estimula a ver (luz, color, contraste, movimiento, etc.); un niño con baja visión que no es estimulado para mirar (después de su corrección óptica convencional) tendrá percepción visual borrosa y quizás los objetos sean para él como cosas vagas, sin forma, sin contornos e incluso, sin ubicación espacial;⁸ en tal sentido la estimulación temprana se refiere a la aplicación de procedimientos y técnicas que tienen la finalidad de desarrollar el inmenso potencial del cerebro humano y que se inician y ofrecen durante la primera etapa de la vida (de cero a cinco años).⁹ Debemos tener presentes todas las posibles causas de la debilidad visual en el niño -la retinopatía de la prematuridad (ROP), la catarata congénita, el glaucoma congénito, las atroñas del nervio óptico, el albinismo, etc.^{5,8,10,11} para enviarlo precozmente al grupo de riesgo de la Consulta de Atención a la Edad Temprana que se encuentra dentro de la problemática actual en la atención al deficiente visual en todo el mundo.^{10,11} Es importante conocer si el niño tiene restos visuales u otras deficiencias asociadas o no, hay que estimular los restos visuales por muy pequeños que estos puedan parecernos porque la capacidad de ver no es innata, ni automática, "se desarrolla con el uso";⁵⁻¹⁰ para eso surgió este servicio que introdujo en nuestro medio un nivel de atención similar al que se ofrece en los países que están a la vanguardia en este campo. Para atender a los niños y a sus familias se ha conformado un equipo técnico interdisciplinario integrado por un oftalmólogo, un técnico optometrista y uno rehabilitador apoyados por: psicólogos, maestros especializados en deficientes visuales y trabajadores sociales. En nuestro servicio el niño con baja visión, con la ayuda de sus padres y el apoyo del equipo, desarrolla actividades y experiencias que le permitirán construir su particular manera de ser y, como discapacitado, integrarse activamente a nuestra sociedad con mejor calidad de vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Consulta de Atención a la Edad Temprana del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, de enero de 2004 a julio de 2006; la muestra de estudio incluyó a todos los niños de cero a cinco años (26) que acudieron a la consulta durante esta etapa -ningún niño de esta edad fue excluido de la muestra- y siempre que fue posible se les realizaron la evaluación clínico-oftalmológica y las pruebas para baja visión utilizando cartillas especiales (Lea Symbols) para la toma de la agudeza visual a 3 metros o menos; en el caso de los niños más pequeños nos auxiliamos de la luz, los juguetes y de objetos conocidos de diferentes tamaños y colores. El campo visual se exploró, según el caso, con la rejilla de Amsler, la campimetría por confrontación y la campimetría por confrontación macroscópica; se utilizaron como estímulos la luz, los juguetes pequeños de colores llamativos y los objetos conocidos; la visión al color se examinó con perceptor del color LH y en los niños más pequeños, que aunque diferencien el color no lo conocen, utilizamos juguetes o juegos con figuras de los diferentes colores primarios. Se les realizó refracción objetiva (equiascopia cicopléjica con homatropina al 2% o atropina al 1%) a todos los niños de la muestra, se indicó la corrección correspondiente para lograr un uso más eficiente del resto útil de la visión y se combinó, cuando fue preciso, el uso de lentes correctoras con oclusiones; en los casos en que se consideró necesario se efectuó la interconsulta con el oftalmólogo pediatra. La estimulación visual se ejecutó en consulta utilizando la luz, los juguetes, los ejercicios de imitación, los juegos de roles y los instructivos, los trabajos manuales, los ejercicios de figura fondo, los cuentos cortos ilustrados, etc., esto depende de la edad del niño y de sus posibilidades e intereses; en la rehabilitación se debe dar participación a los padres y orientarlos para que la continúen en el hogar. A todos los niños del universo de estudio se les llenó un modelo de recolección de datos basado en las historias clínicas, los exámenes oftalmológicos, las pruebas diagnósticas realizadas y los resultados de la estimulación; los datos obtenidos se procesaron y se presentaron en tablas.

RESULTADOS

Del total de niños (26) ocho tenían menos de un año de edad; el sexo predominante fue el femenino con 15 niñas (57.70%) y las afecciones oculares que producen baja visión en nuestra muestra son la ROP con ocho niños (30.80%), seguida en orden decreciente por el albinismo y las abiotrofias retinianas con cinco enfermos cada una (19.23%), la catarata congénita, cuatro niños (15.38%), la atrofia del nervio óptico, la hipoplasia del nervio óptico, la toxoplasmosis congénita y la miopía elevada, todas con un niño (3.84% respectivamente) (tabla 1).

Tabla 1. Afecciones oftalmológicas

Afecciones oftalmológicas	No.	%
Retinopatía de la prematuridad	8	30.80
Abiotrofia	5	19.23
Albinismo	5	19.23
Catarata congénita	4	15.38
Atrofia del nervio óptico	1	3.84
Hipoplasia del nervio óptico	1	3.84
Miopía alta	1	3.84
Toxoplasmosis congénita	1	3.84
Total	26	100

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Para estudiar el comportamiento y la evolución de la visión los dividimos en dos grupos atendiendo a la edad: el primero con los niños de cero a dos años (12), en este grupo no fue posible el análisis cuantitativo de la agudeza visual (AV) sino que la evaluamos de forma cualitativa, utilizamos distintos recursos para ello y pudimos apreciar que todos los niños de la muestra mejoraron su desempeño visual (tabla 2) y en el segundo, con los niños de tres a cinco años (14, lo que equivale a 28 ojos), podemos apreciar cómo se comportó la agudeza visual al inicio y después de la

corrección y la estimulación o ambas en consulta (tabla 3). A pesar de encontrarnos en presencia de niños de mayor edad que los relacionados en la tabla 2 no siempre logramos la buena cooperación de los mismos, sobre todo en las consultas iniciales, donde los niños llegan temerosos después de haber sido tratados clínicamente y quirúrgicamente (o de las dos formas); al inicio cuatro niños (ocho ojos) no cooperaron al examen pero en la evaluación posterior dos de esos ojos alcanzaron 0.25 de visión, seis se mantuvieron sin cooperar y dos (un niño) resultaron nulos; aquí el entrenamiento consistió en orientación y movilidad, el resto de los ojos en este grupo mejoró su agudeza visual y, más importante aun, su eficiencia visual.

Tabla 2. Evaluación de la visión en niños de cero a dos años

Al inicio	Después de corrección óptica y estimulación o ambas				
	Indiferencia	Fija la mirada	Sigue objetos	Toma objetos	Total
Indiferencia	-	1	1	1	3
Fija la mirada	-	-	2	1	3
Sigue objetos	-	-	2	3	5
Toma objetos	-	-	-	1	1
Total	0	1	5	6	12

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Tabla 3. Evaluación de la agudeza visual por ojos en niños de tres a cinco años

AV al inicio	AV después de corrección óptica y estimulación o ambas							
	No coopera	Nula	0.1	0.15	0.2	0.25	0.3	Total de ojos
No coopera	6	-	-	-	-	2	-	8
Nula	-	2	-	-	-	-	-	2
0.05	-	-	3	1	-	1	-	5
0.07	-	-	3	1	-	1	-	5
0.1	-	-	-	1	1	-	2	4
0.15	-	-	-	-	-	1	-	1
0.2	-	-	-	-	-	1	2	3
Total	6	2	6	3	1	6	4	28

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Cuando nos referimos al comportamiento del campo visual (monocular) pudimos apreciar que el 59.63% (31 ojos) resultaron normales, tres ojos (5.76%) presentaron daño central del campo, cinco (9.61%) alteraciones periféricas, cinco no se examinaron por ser ojos nulos y cuatro niños (ocho ojos) no cooperaron al examen. Para la evaluación de la discriminación al color la exploración se realiza, al igual que en el campo visual, de forma monocular; apreciamos que 21 ojos (40.38%) reaccionaron ante el color satisfactoriamente, en dos (3.85%) la respuesta se encontró alterada, en el resto de los ojos no tuvimos respuesta alguna: cuatro (7.69%) por falta de cooperación y 25 ojos (48.08%) no se exploraron, cinco nulos y los 20 restantes por pertenecer a niños muy pequeños.

En la tabla 4 presentamos los resultados equiascópicos en los que predominaron las esferas (23), 14 de las cuales fueron positivas y nueve resultaron negativas (en un solo caso hay una miopía elevada), los defectos compuestos siguieron en orden de frecuencia (15) y luego los cilindros puros (nueve); en cinco de nuestros niños no obtuvimos sombras equiascópicas.

Tabla 4. Hallazgos equiascópicos en la muestra por ojos

Resultados de las equiascopías					
Esferas		Cilindros	Compuestos		No reflejos equiascópicos
Positivas	Negativas		Positivos	Negativos	
14	9	9	7	8	5

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Los diferentes métodos de estimulación visual utilizados en consulta aparecen en la tabla 5; con todos nuestros niños (26) hemos utilizado juguetes aislados en las

primeras frecuencias en que nos visitan (muñecas, pelotas, carritos, etc.) y de esta forma ganamos su confianza; luego, dependiendo de la edad del niño, de su desarrollo psicomotor y de sus intereses utilizamos la luz en tres niños (11.54%), el juego de roles en el 23.07% (seis niños), los ejercicios físicos de imitación en cinco niños (9.62%), los cuentos cortos ilustrados en ocho (30.76%), los juegos instructivos en 10 (38.46%), los ejercicios de figura fondo en nueve (34.62%) y los trabajos manuales como colorear, recortar, pegar, etc. en el 46.15% (12), todos los resultados fueron alentadores. Los resultados alcanzados en la estimulación visual fueron satisfactorios en 18 niños (69.23%), regulares en siete (26.92%) y deficiente en uno con ROP tratado quirúrgicamente -tanto dentro como fuera del país- a pesar de lo cual no conserva resto visual (es ciego); ese niño recibe la estimulación en orientación y movilidad.

Tabla 5. Métodos de estimulación visual utilizadas

Estimulación	No. de niños	%
Luz	3	11.54
Juguetes aislados	26	100.00
Juegos de roles	6	23.07
Ejercicios físicos	5	9.62
Juegos instructivos	10	38.46
Trabajos manuales	12	46.15
Cuentos ilustrados	8	30.76
Figura fondo	9	34.63

Fuente: Historias clínicas. Consulta de Baja Visión

Las evaluaciones a todos los niños se realizaron en la consulta por el equipo multidisciplinario y se compararon cualitativamente las habilidades antes y después de iniciado el proceso de estimulación visual.

DISCUSIÓN

La estimulación precoz en niños con baja visión reviste gran importancia, la atención a la edad temprana debe brindarse a todos los infantes porque garantiza su desarrollo armónico;^{3,5,8} esta estimulación debe ser ofrecida por la familia, los educadores y el personal entrenado para este fin;^{3,9} se debe realizar de forma integral, pues la experiencia ha demostrado que mientras más comprometidos estén en este proceso mayores serán los resultados alcanzados con la misma, lo que coincide con lo informado por la literatura revisada.^{3,5,6,9,10} Las evaluaciones a niños tan pequeños deben ser cualitativas,⁶ se valoran el aumento de la eficiencia visual, la discriminación al color, etc., utilizando el juego para que participen activamente en su evaluación; estos exámenes nos orientan para la rehabilitación, pero no son definitivos, pues resulta muy difícil realizarlos con máxima confiabilidad.^{7,8} Los logros referidos por los padres en cuanto a los cambios de conductas visuales en el afectado, luego de iniciado el entrenamiento por el equipo, tienen gran valor pronóstico. Con esta investigación corroboramos la necesidad de corregir precozmente las ametropías y de lograr mejores resultados en la estimulación, teniendo siempre en cuenta, para la indicación de las mismas, la edad, la hipermetropía fisiológica y la posición de los globos oculares, en ortoforia o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faye Eleanor E. Clínica de la Baja Visión. Versión española. Barcelona: ONCE; 1998.
2. Álvarez Romero SL. Atención al niño con Baja Visión. Villa Clara: II Jornada Científica Nacional de Baja Visión; 2003.
3. Estrada JM, Alberdi JB. Programa de "Estimulación visual". Escuela Especial N° 35, 1091 Argentina -Ciudad Autónoma de Bs. As- 1992-2008.
4. Pérez Álvarez L. La atención integral al déficit severo de la visión en la atención primaria de salud. Camagüey: Proyecto Esperanza para los niños discapacitados; Septiembre 2007.
5. Ríos García M. Intervención Precoz. La Habana: III Taller Nacional de Baja Visión; Marzo 2008.

6. Soler Mantilla MJ. Baja Visión y Rehabilitación Visual. Seminario de Sordo-Ceguera y Múltiple impedimento. Santa Fe de Bogota: Centro para limitados visuales y auditivos; Agosto 1999.
7. Chávez L. Auxilios para Baja Visión en niños. Belo Horizonte: I Simposio Nacional de Actualización en Oftalmopediatría; Junio 2003.
8. Veitzman S. Causas más frecuentes de Baja Visión en el niño. La Habana: I Taller Nacional de Baja Visión; Mayo 2002.
9. Gorky Bances N. Estimula a los bebés de 1 a 5 años. San José: Portal de Estimulación a edad Temprana; 2007.
10. Medina L. Desarrollo Visual en el niño. Santí Spiritus: II Taller Nacional de Baja Visión; Junio 2006.
11. Mier M. Tamizaje de ROP. Camagüey: Taller Cuba Este; 2005.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Instructora. ISCM-VC.
2. Licenciada en Optometría y Óptica. Profesora Instructora. ISCM-VC.
3. Licenciada en Optometría y Óptica.