

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

Morbilidad Oftalmológica en escuela para niños ciegos y débiles visuales de Ciego de Ávila.

Ophthalmological morbidity in school for blind and visually impaired children from Ciego de Avila.

Vicente Fernández Pérez (1), Yohany Díaz Díaz (1), Carlos Alberto Pérez Padilla (2).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional-descriptivo, se revisaron las historias clínicas de niños matriculados en la escuela para niños ciegos y débiles visuales de Ciego de Ávila en el mes de marzo del 2010. La muestra estuvo conformada por 84 niños. Se estudiaron variables como edad, sexo, diagnóstico oftalmológico, si tienen criterios de baja visión y tipo de tratamiento recibido. El mayor número de pacientes correspondieron al sexo masculino, la edad más representada es la de 10 años, la miopía es la oftalmopatía más diagnosticada, la mayoría no cumplen con los criterios de la baja visión y la mayoría reciben tratamiento óptico.

Palabras clave: OFTALMOPATÍA, AMBLIOPIA, BAJA VISIÓN.

1. Especialista de 1er Grado en MGI y Oftalmología. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado de Oftalmología. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

La Educación Especial es destinada a alumnos con necesidades educativas especiales debidas a sobre dotación intelectual o discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales. Comprende todas las acciones encaminadas a compensar dichas necesidades, ya sea en centros ordinarios o específicos (1).

En las escuelas para niños ciegos y débiles visuales se admiten ciegos absolutos y con una agudeza visual de hasta 0.4 con corrección en el mejor ojo, para ubicarlos en cada uno de los grupos se tiene en cuenta, además del parámetro técnico (aspecto cuantitativo) expresado en la medida de agudeza visual y campo visual, los aspectos cualitativos, fundamentalmente los relacionados con la eficiencia visual; se pone énfasis, por tanto, en la visión que tiene y no en la que les falta.

A estas instituciones especiales pueden ingresar niños cuyas edades estén comprendidas entre los cuatro y nueve años de la edad.

Los diagnósticos para ser atendidos en las diferentes instituciones son:

- Estrabismos con fijación excéntrica (con o sin ambliopía)
- Defectos refractivos moderados o elevados, con ambliopía exanopsia.
- Nistagmus de origen ocular.
- Afaquia libre de partes capsulares.
- Otras enfermedades oftalmológicas.

El oftalmólogo pediátrico es el encargo de remitir a los niños al Centro de Diagnóstico y Orientación, con el correspondiente resumen de la historia clínica, para hacer un estudio integral; esto es tanto en niños ciegos y con baja visión como en niños en los que la patología ocular sea tributaria de rehabilitación. Los niños con deficiencias visuales, detectadas desde edades más tempranas, deben ser atendidos por diferentes vías: círculos infantiles o mediante la orientación a la familia.

Constituye un requisito indispensable para poder organizar, estructurar y dirigir la atención médico-pedagógica, el conocimiento profundo de las características de cada menor, lo que incluye el estado

de la agudeza y del campo visual, etiología, momento de aparición, pronóstico, características de las alteraciones visuales más frecuentes, así como los efectos psíquico y físico que pueden provocar las diferentes patologías, entre otros.

En estos centros se aplican los programas y textos de la educación general, lo que unido a una formación específica que comprenda áreas propias (orientación y movilidad, mecanografía en negro, estenografía Braille, actividades domésticas, talleres con una orientación de preparación para la vida y el trabajo), posibilita la adecuada preparación de los egresados para continuar estudios e incorporarse activamente a la vida social. Los egresados de las escuelas especiales pueden continuar estudios en secundarias básicas, preuniversitarios, institutos tecnológicos o centros de la Educación Superior.

Sobre la base de una completa información, con respecto a la condición visual de los alumnos, se traza la estrategia de intervención, se determinan los materiales adecuados, la iluminación, las ayudas ópticas y las características de material impreso (tamaño de la letra, espacio, color del papel y la tinta, calidad del papel, etc.). Así se define qué niños utilizarán Braille, sistema en tinta y los que harán usos de bastón (2).

Un objetivo fundamental de la escuela para niños con estrabismo y ambliopía como centros médicos pedagógicos, es restablecer y desarrollar las funciones visuales, fundamentalmente de la visión binocular; evitar el retraso pedagógico y la aparición de trastornos psicológicos a causa de la alteración ocular. La escuela tiene un carácter transitorio, dadas las posibilidades de rehabilitación visual que poseen estos niños.

La atención oftalmológica consiste en los tratamientos pleópticos y ortópticos y la corrección óptica. En los niños de edad temprana no se utilizan métodos en los cuales haya que emplear equipamiento especial. Además de recibir las asignaturas correspondientes al grado que cursa, diariamente el niño recibe tratamiento oftalmológico en gabinetes especializados (3).

El tratamiento temprano en los niños puede ayudar a prevenir el daño visual permanente. Pudiendo aplicar un tratamiento exitoso, el cual tiene tres pilares fundamentales corrección óptica, oclusión y penalizaciones, indicado de acuerdo al tipo de ambliopía, profundidad de la misma y edad del niño. El desarrollo de la visión es hasta los nueve años, muchos autores establecen que no hay edad bien establecida después de la cual se hace ineficaz todo tratamiento para mejorar la agudeza visual, pero está claro que a menor edad más rápida y eficaz será la respuesta (4-6).

Teniendo en cuenta que la visión tiene un papel fundamental en el desarrollo físico e intelectual del niño, se realiza este trabajo con el objetivo de mostrar los grupos de edades, sexos, enfermedades causantes de la discapacidad y cuales cumplen los criterios de la baja visión además del tratamiento más frecuente recibido por niños matriculados en la escuela especial de Ciego de Ávila atendidos por Oftalmólogos Pediatras y de baja visión de la provincia.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional-descriptivo, fueron revisadas las historias clínicas de niños matriculados en la escuela especial de Ciego de Ávila en el mes de Marzo del 2010. La muestra estuvo conformada por 84 niños.

Se estudiaron las siguientes variables:

Edad.

Sexo.

Diagnóstico oftalmológico.

Con criterios de baja visión.

Tipo de tratamiento brindado.

Criterios de inclusión: Todos los niños matriculados en la escuela especial.

Criterios de exclusión: Niños sin la historia clínica actualizada en el momento del estudio.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El Gráfico No.1. Muestra la distribución de los niños según los grupos de edad. El grupo de diez años, fue el más numeroso con 18 escolares, lo que representa un 21,4%, seguido del grupo de seis años

con 17 niños para un 20.2%, el de ocho años y el de 11 años estuvieron representados por 15 y 14 niños respectivamente.

La distribución de los escolares según el sexo se recoge en el Gráfico No. 2. Se observa un marcado predominio en el sexo masculino con 49 educandos para un 58,3%, en relación a las niñas siendo 35 representan el 41,7%. Los resultados anteriormente expuestos en los Gráficos 1 y 2, se corresponden con los recogidos en la bibliografía consultada (7).

En la Tabla No.1 aparecen las enfermedades oculares más diagnosticadas que afectan a los niños matriculados en la escuela, se destacan, en primer lugar, los trastornos refractivos con 44 casos (45,1%), le continúa el estrabismo operado y no operado con 17 niños (15,1%) y la ambliopía con 14 escolares (12,4%). Esto se corresponde con la bibliografía consultada (7), en otra bibliografía consultada refieren que en el ámbito mundial se tiene como principales enfermedades del nacimiento hasta los 19 años: catarata congénita, miopías, albinismo, atrofia óptica y retinopatía de la prematuridad coincidiendo con los resultados, por lo tanto, en los niños los problemas genéticos y de herencia constituyen las causas fundamentales de baja visión y ceguera (8-10).

La Tabla No. 2 se muestra la distribución de los niños atendidos que cumplen con los criterios de baja visión y los que están fuera de estos parámetros, 30 de ellos (35,7%) cumplen con los parámetros de la baja visión, 54 (64,3%) se encuentran fuera de estos parámetros, revisando la bibliografía consultada no aparece este tipo de datos, pero se considera esto interesante pues informa del grupo de niños con una situación mas crítica con su visión y permite un trabajo más específico en estos casos.

La distribución según el tratamiento brindado se puede ver en la Tabla No. 3, el más utilizado es el de tipo óptico siendo utilizado en 47 niños (39,8%), en correspondencia con la tabla que muestra los diagnósticos hechos en que los trastornos refractivos son los más destacados. Siguiéndoles los de tipo no óptico (24,6%) y el quirúrgico (20,3%). La literatura revisada no hace referencia a este tipo de información.

CONCLUSIONES

Las edades con mayor número de niños atendidos fue la de 10 años. El sexo más frecuente es el masculino. Las enfermedades oculares más diagnosticadas son los trastornos refractivos. La mayoría de los niños no cumplen con los parámetros de la baja visión. El tratamiento óptico es el más utilizado.

RECOMENDACIONES

Pesquisar en la atención primaria de salud los trastornos refractivos a niños que manifiesten algún trastorno oftalmológico.

ABSTRACT

An observational-descriptive study was carried out, it was reviewed medical records of children enrolled in school for blind and visually impaired children in Ciego de Ávila in March 2010. The sample consisted of 84 children. Variables were studied such as age, sex, ophthalmological diagnosis, if they have low vision criteria and type of treatment received. The greatest number of patients was male, 10 years is the most represented age, myopia is the most commonly diagnosed ophthalmopathy, most of them do not meet the criteria of low vision and the majority of patients receive optical treatment.

Keywords: OPHTHALMOPATHY, AMBLYOPIA, LOW VISION.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

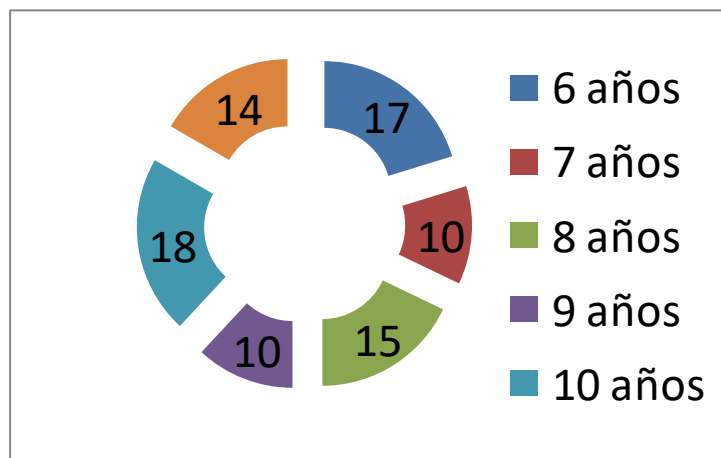
1. Educación especial [Internet] Wikipedia.org [actualizado 27 Jun 2010; citado 30 Jun 2010]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_especial
2. La educación de escolares ciegos, con baja visión y con el estrabismo y ambliopía [Internet]. La Habana: MINED; 2010 [citado 21 Sep 2010]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.rimed.cu/index.php>
3. Abin Gómez T, Rodríguez Chávez CJ. Manual de juegos de orientación y movilidad para escolares ciegos del primer ciclo en las clases de Educación Física. Revista Digital [Internet].

Buenos Aires: efdeportes.com; 2010 [citado 12 Ene 2010]; 14(141):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd141/orientacion-y-movilidad-par...> -

4. Pupo Negreira EC, Labrada Rodríguez YH, Verdecia Jacobo K. Rehabilitación visual en niños ambliopes. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2009[citado 12 Ene 2010]; 22(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762009000200005&script=sci_arttext.
5. Nelson LB. Oftalmología Pediátrica. 4th ed. México: McGraw Hill; 2000.
6. Louis BC. Basic and clinical science course. Pediatric ophthalmology and strabismus. San Francisco: American Academic of Ophthalmology; 2004.
7. Valencia Tejada M, Jiménez Medinaceli R. Morbilidad ocular en la población escolar. Rev Soc Boliv Pediatr.1992; 31(2):44-7.
8. Pérez GR, Hornia PM. Pesquizaje Oftalmológico en el área de salud. Su interrelación con el médico de familia. Rev Cubana Oftalmol. 2003; 2(3):103-109.
9. Albóniga Morales LR, Boffill Corrales AM, López Torres M, García Muñoz CL, Gómez Martínez N. Comportamiento clínico-epidemiológico de la baja visión en Pinar del Río, Cuba. Mayo de 2006-2007. Avances [Internet]. 2008 [citado 12 Ene 2010]; 10(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.avances.pinar.cu/No.%202008-3/articulo.htm>.
10. Osorio Illas L, Hitchman Barada L, Pérez Pérez JA, Padilla González C. Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 12 Ene 2010]; 19(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi08503.htm.

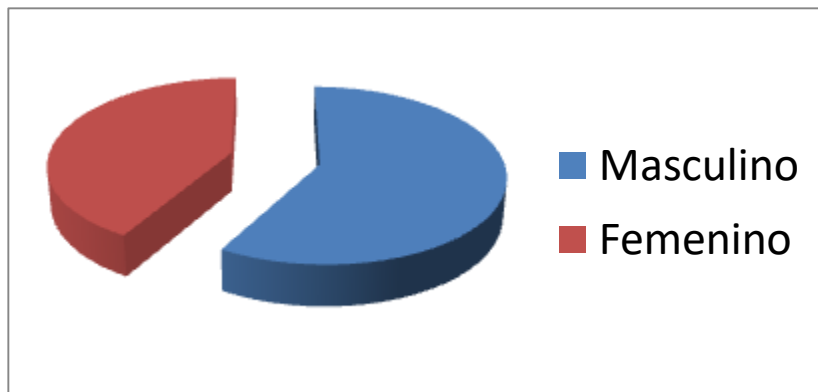
ANEXOS

Gráfico No. 1. Distribución de los niños según la edad.



Fuente: Historias Clínicas

Gráfico No. 2. Distribución de los niños según el sexo.



Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes según enfermedades más diagnosticadas.

Enfermedades	No. de pacientes	%
Trastornos refractivos	51	45,1
Ambliopía	14	12,4
ROP	5	4,5
Retinosis pigmentaria	4	3,5
Estrabismo	17	15,1
Catarata congénita	4	3,5
Otros	18	15,9
TOTAL	113	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 2. Distribución de pacientes según criterios de baja visión.

	No. de pacientes	%
Dentro de los parámetros	30	35,7
Fuera de parámetros	54	64,3
Total	84	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 3. Distribución de paciente según el tipo de tratamiento brindado.

Tratamiento Brindado	No. de pacientes	%
Médico	18	15,3
Quirúrgico	24	20,3
Óptico	47	39,8
No Óptico.	29	24,6
Total	118	100

Fuente: Historias Clínica