



Editora Edición Internacional
Elmien Wolvaardt Ellison

Editor Edición en Español
Dr. Van C. Lansingh

Comité Editorial Edición Internacional

Dr. Nick Astbury
Prof. Allen Foster
Dr. Clare Gilbert
Dr. Murray McGavin
Dr. Ian Murdoch
Dr. GVS Murthy
Dr. Daksha Patel
Dr. Richard Wormald
Dr. David Yorston

Comité Editorial de la Edición en Español

Dr. Rainald Duerksen
Dr. Joan McLeod
Dr. Andrea Zin
Dr. Miriam Cano

Consejeros de la Edición Internacional

Dr. Liz Barnett (enseñanza y aprendizaje)
Catherine Cross (infraestructura y tecnología)
Sue Stevens (ex consultora de enfermería oftálmica)

Administración Regional

William J. Stewart (coordinador edición español)
Rodrigo Riveros (diseño edición español)
Ana Laura Segovia (traducción al español)

Oficina Editorial Central

Community Eye Health Journal, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK.
Tel +44 207 612 7964/72
Fax +44 207 958 8317
Email admin@cehjournal.org

Oficina Editorial Regional

IAPB Latinoamérica
Avda. República Argentina 1383 c/ Facundo Machaín, Barrio Los Laureles
1860 Asunción, PARAGUAY
Telefax: +595 21 615 482
Email: editores@v2020la.org

Sitio web

Ediciones anteriores disponibles en:

www.revistasaludocular.org

Sitio web edición internacional

www.cehjournal.org

Para suscripciones a la Revista de Salud Ocular Comunitaria, favor sírvase contactar con la Oficina Regional de IAPB Latinoamérica (ver arriba datos de contacto).

La Revista de Salud Ocular Comunitaria es la versión en español del Community of Eye Health Journal, ©International Centre for Eye Health, London. Los artículos contenidos en esta edición podrán ser fotocopiados, reproducidos o traducidos, siempre y cuando no tengan uso comercial ni beneficio personal. Los reconocimientos deben ser realizados a nombre de los autores y al Community Eye Health Journal. Todos los gráficos deben ser reconocidos a nombre de Victoria Francis y Teresa Dogan, a menos que se especifique lo contrario. La traducción de los artículos contenidos en la presente edición y publicados originalmente en el Community Eye Health Journal se realizó bajo la responsabilidad de IAPB Latinoamérica. ISSN 1993-7229

La Revista está producida en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Los artículos firmados son de la exclusiva responsabilidad de los autores firmantes y no necesariamente reflejan las políticas de la Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación es completa y correcta y no podrá ser responsable por daños incurridos como consecuencia de su uso. La mención de compañías específicas o de los productos de ciertas empresas no implica que su utilización esté garantizada o recomendada por la Organización Mundial de la Salud en preferencia sobre otros de naturaleza similar no mencionados en esta publicación.



EN LA CLÍNICA

Manejo de la salud ocular en niños



Aderonke Baiyeroju

Profesora de Oftalmología, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria.



Richard Bowman

Oftalmólogo y Director de Capacitación, CCBRT Hospital, Dar es Salaam, Tanzania; Profesor Titular Honorario, London School of Hygiene and Tropical Medicine.



Clare Gilbert

Co-directora, International Centre For Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Clinical Advisor, Sightsavers, Inglaterra.



David Taylor

Director, International Council of Ophthalmology Examinations, International Council of Ophthalmology, 11-43 Bath Street, London EC1V 9EL, Inglaterra. d.taylor@ich.ucl.ac.uk

Recibimos niños con una variedad de condiciones, habitualmente cuando sus padres o cuidadores notan que algo no anda bien. Este artículo se enfoca en las quejas más desafiantes y que son las más difíciles de evaluar en bebés y niños. Esta no pretende ser una lista exhaustiva de las quejas presentadas ni de las técnicas de examen, pero proveerá un punto de partida.

Principios Generales

Cuando su paciente es un niño pequeño:

- **Haga lo mejor que pueda y comience el tratamiento o refiera al niño lo antes posible.** Cuanto antes empiece el tratamiento, es más probable que sea mejor la visión del niño después del tratamiento. Aún si no hubiera tratamiento, un bebé o niño ciego necesita ayuda para desarrollarse lo más normalmente posible, por lo cual también debe ser referido.
- **Créale a los padres.** La mayoría de las cosas que los padres notan y mencionan son reales y relevantes. ¡Los padres por lo general tienen razón! Pasan mucho tiempo con sus hijos, y observan cómo se comportan los niños y cómo lucen sus ojos.
- **Escuche más que hablar.** Generalmente los padres lo ayudarán a alcanzar un diagnóstico.
- **No se arriesgue – vaya a lo seguro.** Si tiene alguna duda, pregunte a un colega o refiera el niño a un especialista.
- **Sea paciente.** Requiere tiempo escuchar el relato de los padres y examinar adecuadamente al niño, especialmente si el niño no puede o no quiere cooperar.
- **Planifique anticipadamente.** Si usted tiene una clínica de mucho movimiento, vea a los niños primero. Si no lo hace,

podrían cansarse y volverse irritables, lo cual causaría tensión en los padres o cuidadores; también hace difícil examinar a los niños.

Comunicación con los padres

La buena comunicación con los padres es esencial:

- **Hable de manera que los padres puedan comprender.** Hable de manera simple, utilice expresiones comunes y use diagramas o dibujos para apoyar sus explicaciones.
- **Sea tan honesto como pueda.** Esto podría incluir decir que usted no está seguro de cuál es el problema.
- **Sea amable.** Los padres saben lo que es mejor para sus hijos pero debido a la falta de educación o recursos, tal vez no puedan tomar las mejores decisiones. No culpe a los padres por lo que hicieron o no hicieron. Esto podrá desalentarlos de buscar más ayuda. A través de una explicación cuidadosa, usted puede ayudarlos a tomar la mejor decisión para los ojos y la visión de su niño.

Referencia

Cuando usted refiere a un niño, es muy útil escribir una carta de referencia. Puede dar esta carta a los padres para que la lleven y mantener una copia para su propio archivo. En la carta, establezca:

- Lo que la madre notó, lo que fue su motivo de consulta
- Lo que usted encontró al examinar al niño
- Lo que usted hizo, si es que hizo algo (por ejemplo, prescribió antibióticos).

Es importante animar a los padres a seguir la referencia.

- **Explique por qué refiere usted al niño.** Si el niño precisa ser referido, es muy importante convencer a los padres que la evaluación y el tratamiento del especialista ayudarán a su hijo.
- **Ayude a los padres a comprender la urgencia de buscar mas ayuda.** Infórmeles cuán importante es obtener esta opinión. Sin embargo, no alarme innecesariamente a los padres. Explique que cuánto más rápido el niño obtenga tratamiento, mejor será el resultado.
- **Apoye a los padres.** Aconseje a los padres respecto de las alternativas disponibles en cuanto a la referencia, transporte, subsidios, etc. Si puede, informe a los padres qué esperar en el hospital y que deberían llevar con ellos (carta de referencia, ropa o alimentos).

Siempre refiera con urgencia a los niños que presenten las siguientes condiciones oculares:

- Uno o ambos ojos anormalmente pequeños o grandes (Figura 1)
- Uno o ambos ojos se presentan protruidos (Figura 2)
- Se observa una mancha roja en el párpado (Figura 3)
- Uno o ambos ojos son obviamente anormales; por ejemplo, totalmente blancos (Figura 4).

Evaluando la visión en un bebé (0-1 año)

No permita que examinar a un bebé le cause ansiedad. Si el bebé está despierto y atento, hay mucho que puede descubrirse preguntando a los padres y simplemente observando las reacciones del mismo.

- Primeramente pregunte a los padres qué piensan acerca de la visión de su bebé.
- Note como el bebé mira las cosas en la habitación, tal como la ventana o alguna luz.
- Observe el contacto ocular entre el bebé y los padres.
- ¿Mira el bebé cuando alguien entra a la habitación?
- ¿Responde el bebé a sonrisas silenciosas o cejas elevadas?
- ¿Logra usted establecer contacto ocular con el bebé?

Usted debe tener expectativas realistas respecto de lo que el bebé debe hacer a cierta edad. La tabla 1 ilustra a qué edad un bebé es demasiado pequeño para mostrar una respuesta visual, cuándo la respuesta se desarrollará y a qué edad debe usted preocuparse si el bebé NO tiene la respuesta esperada. Usted puede preguntar a la madre o verificar las respuestas por usted mismo.

Por ejemplo, si un bebé de aproximada-



Siempre creer a la madre. TANZANÍA

mente tres semanas de edad, no se voltea ante una luz difusa, tal como una luz que proviene de una ventana, esto no es necesariamente preocupante – si bien usted igualmente debería creer a los padres si éstos se muestran preocupados. Por otra parte, si un bebé tiene ocho semanas y no se voltea eventualmente ante una luz difusa, entonces sí podría ser un problema y debería investigarse de manera más profunda.

Tenga en cuenta que puede haber mucha variación en el desarrollo de los niños. Sin embargo, esta Tabla debería ser una guía útil.

Consejos prácticos para examinar un bebé

- Trate de realizar el examen sin tocar al bebé en la medida de lo posible. Los

niños a menudo resisten que se les abra los ojos.

- Tenga muchos juguetes disponibles. Para cada nuevo juguete, el bebé fijará los ojos momentáneamente, permitiendo un examen rápido. Si tuviera disponible, utilice juguetes que sean brillantes y puedan enfocarse y desenfocarse. Una buena regla para recordar es: **un juguete, una mirada.**
- ¡No se avergüence de hacer ruidos simpáticos! Ayudan a atraer la atención del bebé y mantenerlo interesado y tranquilo.
- Para poder realizar un examen más detallado en un infante, examine al niño cuando éste está mamando o tomando el biberón.

Continúa en la siguiente página ➤



Figura 1. Ambos ojos del niño están dilatados y las córneas están opacas. El niño debe ser referido para valoración urgente



Figura 2. El ojo izquierdo del niño está protruido y desplazado hacia abajo. El niño debería ser referido para valoración urgente



Figura 3. Una mancha roja en el párpado podría ser un hemangioma, lo cual podría causar ambliopía (ojo perezoso). El niño debe ser referido para valoración urgente



Figura 4. Ambos ojos son obviamente pequeños y blancos. El niño debe ser referido para valoración urgente



Figura 5. Un bebé sano con buena fijación. Es claro que puede ver la cámara y extender la mano para alcanzarla.

- Si tiene problemas, pida permiso a los padres para envolver al bebé. Coloque al bebé en una manta o sábana, coloque los brazos al costado y las piernas derechas, luego envuelva la manta alrededor del cuerpo y brazos. Pida a uno de los padres que sostenga al niño. El padre o algún ayudante puede cuidadosamente abrir un ojo a la vez para el examen (sin presionar el ojo – ver Figura 2 en la página 3). Recuerde que esto puede ser muy estresante tanto para el bebé como los padres.

Evaluando la visión en un niño pequeño (1-5 años)

Los niños de esta edad deberían tener la mirada fija, no deberían hacer “bizcos” (estrabismo) ni tener dificultades en la visión, y si están de buen humor, deberían interesarse en objetos coloridos o interesantes en la habitación. Deberían responder a las sonrisas silenciosas, cejas levantadas y guiños.

Los niños dentro de este grupo etario también deberían poder ver objetos que algún colega les presente dentro de su campo visual periférico mientras usted lo insta a concentrarse en su rostro, tal vez realizando un sonido simpático. Cubra un ojo por vez, si el niño lo permite, y pídale que identifique objetos de diferentes tamaños, o con niños mayores, letras, hágalo un juego.

Muchos niños pueden reconocer los colores de manera precisa a la edad de tres

años, pero muchos no pueden hasta que son mayores; es tranquilizador si lo hacen.

Luego de la edad de tres años, muchos niños pueden participar en la evaluación de agudeza visual, campo visual y visión de colores por alguien capacitado con equipos apropiados para la edad.

Si usted no tiene estos equipos o no ha sido entrenado para utilizarlos, igualmente puede evaluar la visión funcional utilizando objetos comunes como se describió anteriormente.

Consejos prácticos para examinar a un niño pequeño

Los consejos prácticos para examinar a un bebé (más arriba) se aplican igualmente a los niños pequeños.

Además:

- Sea juguetón y haga del examen un juego. Por ejemplo, enfoque una luz primero en los ojos de la madre, o pretenda estar jugando a las escondidas cuando cubre un ojo.
- Observe al niño cuando no se da cuenta que está siendo observado, por ejemplo mientras habla con la madre o toma la historia clínica.
- El consejo de envolver al bebé también funcionará con un niño pequeño, pero podrá ser más difícil en un niño mayor. Pregunte a los padres que piensan que será lo apropiado o que pudiera funcionar. Por ejemplo, los padres podrán preferir sostener suavemente los brazos del niño.

Aderonke Baiyereolu



Figura 6. Un trabajador de salud ocular verifica la fijación de un bebé. El bebé mira la cara del trabajador, lo cual es una señal alentadora.

Cómo utilizar este artículo

El resto de este artículo está dividido en cuatro secciones, cada una de las cuales está basada en lo que la madre o padres dirán cuando traen a su niño a consultar:


- 1 “Mi niño no puede ver”
- 2 “Hay algo blanco en el/los ojos de mi niño”
- 3 “Los ojos de mi niño son inestables” o “Mi niño hace bizcos”
- 4 “Los ojos de mi niño están rojos y/o pegajosos”

Para cada problema, el artículo describe las causas probables, lo que debe usted preguntar a los padres, lo que debe buscar, que acción debe tomar, y como puede usted hablar con los padres. Cuando es necesario, se describe separadamente para bebés y niños pequeños. ¡Esperamos que le sea de utilidad!

Tabla 1. Funcionamiento visual normal de un bebé

| Conducta | Edad | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | Neonatos | 6 semanas | 3 meses | 4 meses | 5 meses + |
| ¿Parpadea cuando se le enfoca una luz en los ojos? | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | | | | |
| ¿Se voltea ante una luz difusa, tal como una luz que proviene de una ventana? | Podría hacerlo | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | | | |
| ¿Lo mira a la cara cuando está a 10-20 cm (menos de 1 pie)? ¿Responde a sonrisas silenciosas o cejas levantadas? | Muy temprano | Podría hacerlo | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | | |
| ¿Fija y sigue con los ojos una pelotita colgante o juguete? | Muy temprano | Podría hacerlo | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | | |
| ¿Observa a un adulto a 1,5 metros (5 pies)? | Muy temprano | Podría hacerlo | | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | |
| ¿Converge de manera precisa? (Si usted acerca y aleja un juguete, ¿enfoca el juguete con los ojos y los alinea apropiadamente?) | Muy temprano | Podría hacerlo | | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema | |
| ¿Parpadea en respuesta a alguna amenaza? (Algún movimiento repentino y silencioso cercano al rostro sin una brisa que lo acompañe, por ejemplo al abrir el puño repentinamente.) | Muy temprano | Muy temprano | Muy temprano | Podría hacerlo | Los bebés sanos lo hacen. Si no, sospeche un problema |

1 “Mi niño no puede ver”

| Causas posibles | Otras causas posibles: bebés | Otras causas posibles: niños pequeños |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cicatriz corneal/ opacidad • Catarata • Glaucoma • Problemas de desarrollo (retina, nervio óptico, cerebro) | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de retina como meningitis y retinopatía del prematuro (ROP), lo cual es raro en África • Afecciones del sistema nervioso central, por ejemplo luego de un parto prolongado o difícil | <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones de retina, tales como distrofias de retina, retinitis CMV (una complicación del VIH), presentación tardía de la ROP • Afecciones del sistema nervioso central, por ejemplo luego de una meningitis, malaria o lesiones de la cabeza |
| Qué preguntar a los padres | Preguntas adicionales: bebés | Preguntas adicionales: niños pequeños |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo sospechó por primera vez que había un problema con la visión de su hijo? • ¿A su hijo le desagradaba la luz fuerte? Si es así, sospeche glaucoma o alguna forma de distrofia retinal. • ¿Lagrima el ojo de su hijo? Si es así, esto puede simplemente deberse a que el ducto naso lacrimal está bloqueado, en cual caso el ojo también probablemente esté pegajoso. Sin embargo, si el ojo lagrimea cuando el niño está ante la luz, o si el niño no puede ver o experimenta dolor, usted debe sospechar un glaucoma congénito. (Figura 7). <div data-bbox="124 963 499 1272">  <p>P. Khaw</p> </div> <p>Figura 7. Glaucoma Congénito</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Parece sufrir dolor el bebé? Si es así, podría ser glaucoma o podría tener un problema en la córnea. • ¿Fue prematuro el bebé? ¿Estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal? Si es así, podría ser ROP. • ¿Fue difícil o largo el parto? Si es así, podría ser algún impedimento visual cerebral. | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay alguna historia de fiebre? Si es así, sospeche meningitis neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay alguna historia de lesión en la cabeza o fiebre inmediatamente antes de que se observe la dificultad con la visión? Si es así, sospeche alguna afección del sistema nervioso central. • ¿Puede el niño caminar y escuchar normalmente? Si no es así, sospeche una patología del sistema nervioso central. • ¿Tienen los padres, hermanos y hermanas problemas similares de visión? Si es así, sospeche un problema retinal heredado o un problema ambiental tal como la ingestión materna de drogas o alcohol. |
| Qué buscar | Qué más buscar: bebés | Qué más buscar: niños pequeños |
| <ul style="list-style-type: none"> • Utilice una linterna para examinar la córnea. ¿Se observa alguna úlcera o cicatriz/opacidad? ¿Cuán grande es? ¿Está totalmente cubierta la pupila? • Verifique el cristalino en ambos ojos. Utilice una linterna para mirar inmediatamente detrás de la pupila. La catarata aparecerá blanca. • Realice el examen del reflejo rojo (ver cuadro en página 10). La catarata bloqueará el reflejo rojo, por lo que aparecerá negro o parcialmente negro (Figura 8). <div data-bbox="135 1814 491 2094">  <p>David Taylor</p> </div> <p>Figura 8. Se dilató la pupila utilizando una gota de ciclopentolato al 0.5%. La catarata es visible como una sombra negra obstruyendo el reflejo rojo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Evalúe los parámetros visuales provistos en la tabla 1, página 4. | <ul style="list-style-type: none"> • Evalúe la visión del niño utilizando los consejos prácticos de la página 4. <p>Consejo: En este grupo etario, realizar un examen de reflejo rojo es a menudo más fácil porque se le puede convertir en juego. Por ejemplo, diga al niño de dos o tres años que “sople la luz” (¡usted la apaga!). Usted no necesita acercarse mucho: 30 cm (aproximadamente 1 pie) será suficiente, siempre y cuando la luz sea fuerte. Practíquelo en un hermano/a mayor o la madre primero; esto tranquilizará al niño y le asegurará que no se asuste.</p> |

Qué hacer

- Siempre refiera a los bebés o niños pequeños que tienen algún problema obvio en sus ojos y/o visión.
- Siempre refiera cuando usted y/o los padres están preocupados por la visión del bebé y cuando usted considere que su visión puede estar fuera de lo normal para su edad.
- Recuerde siempre que es mejor pecar de cauteloso – siempre crea a la madre. Si usted no está seguro, es mejor referir que dejar pasar algo serio.
- Cuando un bebé necesita ser referido, refiéralo a un oftalmólogo, preferiblemente alguien entrenado en oftalmología pediátrica, cualquiera sea la causa de sospecha.

Recuerde: La catarata en niños no es lo mismo que la catarata en adultos. Los niños con pérdida de visión por catarata necesitan tratamiento quirúrgico **urgente** para prevenir la ambliopía (ojos perezosos) la cual puede no ser reversible si la cirugía se demora. No debe esperarse que la “catarata madure”; ni debe decirse que “regrese cuando el niño sea mayor”. Estos mensajes pueden causar demoras en el tratamiento que podrían tener un impacto duradero en el niño.



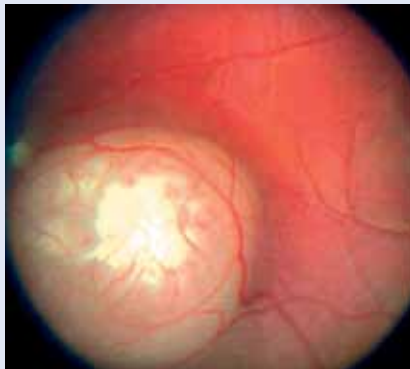


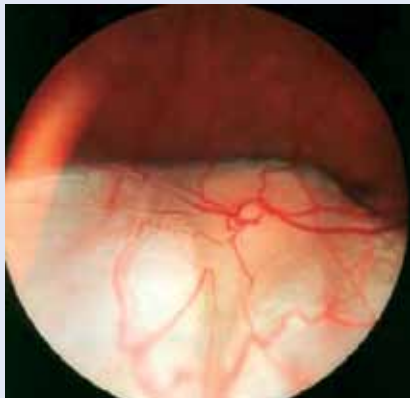
Qué decir a los padres cuando se refiere al niño

- Es importante persuadir a los padres que realicen la consulta de referencia de manera urgente – lo antes posible.

Cuanto antes se conozca la naturaleza exacta de la condición, puede ser tratada antes y es probable que sea mejor el resultado.

- Diga algo como esto: “Es difícil para mí establecer exactamente el cual es el problema y/o cuánto puede ver su niño – su niño necesita más pruebas. Conocer el problema con exactitud nos ayudará a averiguar si la afección de su hijo puede ser tratada”
- Trate de disuadir a los padres de buscar consejo de médicos tradicionales y de utilizar remedios tradicionales. Estos pueden ser dañinos y demorar la tan necesitada investigación y el tratamiento.

2 “Hay algo blanco en el/los ojos de mi niño”

| Causas posibles | Otras causas posibles: bebés | Otras causas posibles: niños pequeños |
|---|---|--|
| <p>1 En la superficie del ojo: úlcera corneal (Figura 9) o cicatriz/opacidad corneal (Figura 10) la cual puede cubrir la pupila.</p> <p>2 Justo dentro del ojo: catarata (Figura 11), la cual puede causar una pupila blanca.</p> <p>3 Detrás del ojo: retinoblastoma (Figura 13), coloboma (Figura 14), ROP (poco probable en África). Esta puede causar también una pupila blanca, pero ésta proviene de una parte más profunda del ojo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Un punto blanco en la superficie del ojo puede deberse a anomalías congénitas y a menudo es bilateral. • Cicatrices corneales, úlceras u opacidades pueden deberse a la oftalmía del recién nacido (usualmente bilateral), trauma, o el uso de remedios tradicionales dañinos. | <ul style="list-style-type: none"> • La úlcera corneal o cicatrices/opacidad usualmente se debe a remedios tradicionales dañinos o sarampión y deficiencia de vitamina A. • Detrás del ojo, causas adicionales incluyen retinitis CMV (una complicación del VIH), presentación tardía de ROP u otras anomalías del desarrollo; todas ellas serias. |
| <p>P Vijayalakshmi</p>  <p>Figura 9. Úlcera corneal con congestión pericorneal</p> | <p>ICEH</p>  <p>Figura 11. Catarata bilateral</p> | <p>ICEH</p>  <p>Figura 13. Retinoblastoma observado con oftalmoscopia directa. Puede presentarse como reflejo blanco o estrabismo o con pérdida de visión (si es bilateral)</p> |
| <p>Clare Gilbert</p>  <p>Figura 10. Cicatriz/opacidad corneal</p> | <p>Pak Sang Lee</p>  <p>Figura 12. Retinoblastoma presentado como reflejo blanco. También puede presentarse como desviación o pérdida de visión (si es bilateral).</p> | <p>ICEH</p>  <p>Figura 14. Coloboma corioretinal observado con oftalmoscopia directa. Puede observarse un reflejo blanco en niños pequeños</p> |

| Qué preguntar a los padres | Preguntas adicionales: niños pequeños |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo lo notó por primera vez? • ¿Está en ambos ojos o solamente un ojo? La mayoría de estas causas puede afectar un ojo o ambos ojos. • ¿En qué momento lo observa? Todo el tiempo, o solamente cuando la luz le impacta desde una dirección particular – por ejemplo sobre su hombro cuando usted alimenta a su bebé o lo abraza. Si es todo el tiempo, es probable que se deba a opacidad corneal o catarata, si se observa solamente de vez en cuando, podría ser catarata, retinoblastoma o coloboma. • ¿Fue prematuro su bebé? ¿Estuvo en alguna Unidad Neonatal? Si es así, podría ser ROP de presentación tardía. • ¿Ha utilizado algún tratamiento o remedio tradicional? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuvo el niño fiebre, erupción o diarrea antes de desarrollar el punto blanco? Si es así, esto podría indicar úlcera corneal o una cicatriz como resultado del sarampión o deficiencia de vitamina A. |

Qué buscar

En la superficie del ojo

- Utilice una linterna para examinar la córnea. ¿Se observa una úlcera corneal o una cicatriz/opacidad? ¿Cuán grande es? ¿Está completamente cubierta la pupila?
- ¿Se observan manchas de Bitot (Figura 15)? Si es así, esto es un indicador de deficiencia de Vitamina A.

Justo dentro del ojo

- Examine el cristalino de ambos ojos utilizando una linterna. La catarata aparecerá blanca.
- Realice el examen del reflejo rojo. La catarata bloquea el reflejo rojo, por lo que aparecerá negro o parcialmente negro.

Detrás del ojo

- Realice el examen del reflejo rojo. El reflejo blanco es anormal y podría indicar retinoblastoma/coloboma u otro problema. Si usted tiene gotas para dilatar, dilate las pupilas y examine con el oftalmoscopio directo.

Consejo: Los bebés y niños pequeños pueden ser difíciles de examinar y usted puede no ver el reflejo blanco, particularmente si proviene de detrás del ojo. A menudo los padres ven el reflejo blanco más fácilmente que usted porque están más tiempo con el niño y probablemente ven al niño en diferentes condiciones de luz – así como cuando la luz proviene de encima del hombro. ¡Esta es solamente una razón por la que es importante siempre creer a los padres!

Qué hacer

- **Si hay una úlcera**, inicie un antibiótico tópico inmediatamente, enseñe a los padres como instilar el antibiótico (cada 30 minutos) y refiera de manera muy urgente. Para bebés, usted podrá necesitar dos personas para instilar el antibiótico – una persona para sostener al bebé y otra para instilar las gotas (ver artículo en la página 15).
- **En niños mayores con úlceras corneales**, ésta podría deberse a deficiencia de vitamina A, en particular si se observan manchas de Bitot. Dé una

dosis de 200.000 unidades internacionales (UI) inmediatamente si el niño tiene más de 12 meses de edad, y comience un antibiótico tópico. Refiera.

- Refiera todos los niños con **sospecha de opacidad/cicatriz corneal** para que la visión sea evaluada y puedan ser examinados para determinar si el tratamiento es posible.
- Refiera todos los niños cuando observe un reflejo blanco justo dentro del ojo(s) o más profundo en el/los ojo(s).
- Refiera a todos los niños cuyos padres mencionen haber visto algo blanco en el ojo – **aún si usted no puede verlo**. Es realmente importante no dejar pasar un retinoblastoma – si este es tratado tempranamente, puede salvar la vista y la vida del niño. Es preferible exagerar por cautela; refiera al niño con una carta explicando lo que ha visto, o lo que los padres han reportado y urja a los padres a llevar al niño al hospital **en un plazo de dos días**.
- Refiera todos los casos a un oftalmólogo, preferiblemente uno entrenado en oftalmología pediátrica.

Qué decir a los padres cuando se refiere al niño

- Trate de disuadir a los padres de buscar consejo de médicos tradicionales y de utilizar remedios tradicionales. Esto puede ser dañino y también causar una demora en la investigación y tratamiento adecuado de los niños.
- Si usted sospecha una **úlcera**, explique a los padres que deben instilar las gotas oculares cada 30 minutos hasta llegar al hospital. Deben ser urgidos a ir inmediatamente – **sin demora**. Explique que es importante hallar la causa exacta de la úlcera para que pueda ser tratada adecuadamente, las gotas oculares antibióticas son solamente un tratamiento de emergencia.
- Si usted ve algo blanco **justamente adentro o detrás del ojo**, diga algo como: “Estoy de acuerdo con usted de que parece haber algo blanco dentro del ojo. Para averiguar exactamente cual es la condición y cual es el curso de acción adecuado, su hijo debe ser examinado por un oftalmólogo capacitado que tiene más equipos que yo. Es importante que



Figura 15. Las manchas de Bitot son indicadores de deficiencia de Vitamina A. Note la apariencia blanca y espumosa típica en la superficie de la conjuntiva, al lado del iris



Figura 16. Envolver a un niño para un examen ocular

vayan en los próximos dos días”.

- Si usted no puede ver nada blanco en el ojo, diga algo como: “Si bien no puedo ver nada hoy, yo le creo a usted, y usted hizo lo correcto al traer a su hijo a ser examinado. Para averiguar cuál es exactamente la condición y cuál es el tratamiento correcto, su hijo debe ser examinado por un oftalmólogo capacitado que tiene más equipos de los que yo tengo. Es importante que vayan en los próximos dos días”.

Implicaciones más allá de la clínica

- Si el sarampión es la causa subyacente de un problema de córnea, usted necesita ser consciente que más niños podrán estar afectados. Usted debería alertar a la agencia responsable de la inmunización.
- Si usted sospecha de deficiencia de vitamina A, sea conciente de que es probable que hayan más niños afectados en la comunidad.
- Si se utilizaron remedios tradicionales, la educación sanitaria es importante.

3 “Los ojos de mi niño son inestables o se mueven irregularmente” o “Mi niño hace bizcos”

Causas posibles

Existen dos causas principales de ojos inestables (nistagmo) y estrabismo (cuando los ojos no se encuentran alineados):

1. Cualquier afección que cause **pérdida de visión** puede resultar en ojos inestables o estrabismo. Si la pérdida de visión es en ambos ojos, los ojos pueden volverse inestables; si la pérdida es en un ojo, puede provocar estrabismo.
2. Una **anormalidad en los músculos o mecanismos de control cerebral** del movimiento y posición de los ojos, también puede provocar “ojos inestables” o estrabismo, aún si los ojos mismos son completamente normales.

Qué preguntar a los padres

- ¿Cuándo notaron la condición los padres por primera vez?
- ¿Piensan los padres que el niño puede ver normalmente?
- ¿La desviación apunta hacia adentro o hacia afuera?
- ¿Han notado los padres alguna otra anormalidad tal como una pupila blanca en un ojo o en ambos ojos?

Qué buscar

- **¿Están los ojos estables y alineados la mayor parte del tiempo?** Antes de las seis semanas, los ojos de muchos niños “deambulan” de vez en cuando. Esto es totalmente normal. Luego de las seis semanas, los ojos básicamente deben quedar estables y apuntar a la misma dirección la mayor parte del tiempo. Debe haber contacto ocular con usted, cuando su rostro se acerca a ellos.
- **Examine su visión.** Si usted cubre cada ojo por turno con su mano o la mano de la madre ¿objeta el bebé que usted cubra un ojo en particular? El niño podría mover la cabeza o tratar de remover la mano. Si esto ocurre, el ojo no cubierto podría tener una visión pobre.
- Examine buscando cualquier **anormalidad obvia** en uno o dos ojos, incluyendo algo blanco en el ojo (ver más arriba).
- Realice el examen del reflejo rojo (vea página 10).
- Examine la reacción de las pupilas.
- ¿Cuál es el ojo que se voltea?

Qué hacer

- Refiera a cualquier niño con ojos





David Taylor

Figura 17. Un niño con estrabismo. El ojo derecho se encuentra “volteado” hacia adentro

inestables o una desviación definida, especialmente bebés que manifiestan estrabismo de aparición reciente u ojos que apuntan hacia fuera. El estrabismo podría ser el primer signo de una patología más seria, como un retinoblastoma.

- Refiera a un oftalmólogo, preferiblemente uno entrenado en oftalmología pediátrica.
- En todos los casos, refiera el niño al hospital con una carta estableciendo lo que usted ha visto. Asegúrese que los padres sepan que necesitan consultar dentro del mes.
- En algunas comunidades, el estrabismo es considerado como atractivo, particularmente en niñas. Sin embargo, es importante que los padres se den cuenta que la desviación puede ser una señal de algo más serio.

4 “Los ojos de mi niño están siempre rojos y/o pegajosos”

| Causas posibles | Otras causas posibles: bebés | Otras causas posibles: niños pequeños |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis viral, bacteriana o fúngica • Úlcera corneal • Remedios oculares tradicionales • Cuerpos extraños • Trauma  <p>Figura 18. Conjuntivitis bacteriana. Los ojos están inflamados y se observa una secreción purulenta. Es usualmente bilateral. Si es unilateral, puede ser consecuencia de algún trauma menor o deberse a un cuerpo extraño en el ojo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Oftalmía del recién nacido. . Esta es una queratoconjuntivitis infecciosa que comienza dentro de los primeros 28 días después del parto.  <p>Figura 19. Oftalmía del recién nacido por infección por Gonococo. Los párpados están hinchados y se observa una secreción copiosa. El ojo se encuentra en peligro serio e inminente</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis alérgica. Esta puede ocurrir a cualquier edad pero es inusual en la infancia. • Queratoconjuntivitis vernal (catarro de primavera). Ésta es inusual antes de los tres años de edad pero puede ocurrir en niños mayores. Es generalmente bilateral. • Tracoma. Esto puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en niños pequeños. |
| Qué preguntar a los padres | Preguntas adicionales: bebés | Preguntas adicionales: niños pequeños |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué edad tiene el niño/a? Si tiene menos de 28 días sospeche oftalmía del recién nacido (neonatorum). • ¿Cuándo comenzaron los ojos a verse rojos y pegajosos? • ¿Hay historia de trauma o lesión ocular? Pregunte a los padres exactamente que ocurrió. • ¿Se han utilizado remedios oculares tradicionales? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene el padre o la madre alguna infección urogenital? Si es así, sospeche oftalmía del recién nacido. | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene alguna otra persona el mismo problema en la familia o en la comunidad? Si es así sospeche conjuntivitis vernal o tracoma. • Tiene el niño algún otro problema: erupción pruriginosa de la piel o sibilancias? Si es así, sospeche conjuntivitis alérgica. |

| Qué buscar | Qué más buscar: bebés | Qué más buscar: niños pequeños |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es la secreción acuosa o espesa y amarillenta? Si la secreción es espesa y amarillenta, es probable que sea bacteriana, incluyendo Gonococo. Si es acuosa, es probable que sea conjuntivitis viral o úlcera corneal. • ¿Puede ver usted una úlcera corneal? Esto puede ser resultado de una herida que se infectó, remedios oculares tradicionales o infección por Gonococo u otro organismo. • Examine los ojos cuidadosamente buscando señales de lesión. Voltee los párpados hacia fuera para buscar cuerpos extraños. • ¿Están ambos ojos afectados, o solamente uno? | <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño tiene menos de 28 días de edad, los párpados están hinchados y la secreción es espesa y amarilla, es muy probable que se deba a oftalmía del recién nacido. | <ul style="list-style-type: none"> • Evierte los párpados superiores hacia afuera. La imagen en embudo (Figura 20) es un signo de conjuntivitis vernal. Los ojos usualmente están irritables con una secreción acuosa y fibrosa. • Folículos y/o inflamación intensiva (Figura 21) en la superficie interna de los párpados superiores, son probablemente debido a tracoma. El tracoma activo será a menudo irritante y ocasionará una secreción acuosa. • Si los ojos pican, lagrimean y están rojos, podría ser conjuntivitis alérgica. La conjuntiva también podría estar inflamada. • Si el niño tiene más de 28 días de edad, no existe una úlcera, y los ojos están rojos y lagrimean, podría ser conjuntivitis viral o bacteriana – especialmente si los ojos están pegajosos. |



Figura 20. Imagen en embudo típica de la queratoconjuntivitis vernal



Figura 21. Folículos e inflamación típicos del tracoma

Qué decir a los padres cuando se refiere al niño

- Indique a los padres que podría haber algún problema con los ojos y/o la visión de su niño. El niño necesita ser examinado con mayor profundidad y puede ser ayudado con un tratamiento.
- Urja a los padres a realizar la consulta de referencia dentro del mes.

Qué hacer

- Si usted sospecha de **oftalmía del recién nacido** – limpie los párpados e instile antibióticos tópicos. Enseñe a los padres como limpiar los párpados e instilar gotas de antibiótico ocular. Luego refiera inmediatamente – aconseje a los padres a continuar con las gotas oculares hasta que el especialista vea al niño. Se necesitarán también antibióticos sistémicos.
- **Si hay una úlcera**, comience inmediatamente un antibiótico tópico, indique a los padres como instilar el antibiótico (cada 30 minutos) y refiera urgentemente.
- **Sospecha de conjuntivitis viral/bacteriana**: Comience un antibiótico tópico (repetiendo cada dos horas) y realice un seguimiento en dos o tres días. Enseñe al padre o cuidador como instilar las gotas oculares.
- **La conjuntivitis alérgica y vernal**: puede ser tratada con gotas de cromoglicato de sodio o gotas antihistamínicas tópicas, si estuvieran disponibles. Los niños con conjuntivitis vernal severa necesitaran un tratamiento más agresivo y deben ser referidos a un oftalmólogo.
- **Tracoma**: El niño debe ser tratado con una dosis de azitrocimicina sistémica. Si no estuviera disponible, utilice ungüento ocular tópico de tetraciclina, el cual debe ser aplicado dos veces al día por seis semanas.

- **Quemaduras**: Si algún agente químico u otro fluido ingresó al ojo, lave los ojos como se ilustra en “Como irrigar el ojo” (http://www.cehjournal.org/0953-6833/18/jceh_18_55_116.html) y refiera inmediatamente.
- **Cuerpo extraño**: Remuévalo cuidadosamente con la punta de un paño limpio y doblado o un palillo cubierto de algodón. Referir si está incrustado.
- **Herida contusa**: Aconseje reposo. Refiera los niños con hipema (hemorragia en la cámara anterior del ojo) si parece severa o no mejora luego de tres días de reposo. Se debe evitar la aspirina.
- **Herida penetrante**: Refiera urgentemente.
- **Si el niño tiene dolor**, se le puede dar analgésicos (paracetamol o ibuprofeno). Evite utilizar aspirina.
- **Para cualquier herida**, lo más importante es dar gotas antibióticas frecuentemente y asegurarse que el niño consulte con un oftalmólogo lo antes posible.

Qué decir a los padres cuando se refiere al niño

- Si usted piensa que el bebé podría sufrir de **oftalmía del recién nacido**, el bebé y ambos padres deben ser investigados y tratados. La demora en el tratamiento podría dañar permanentemente la visión del niño.
- Si usted sospecha de una **úlcera**, explique a los padres que deben instilar las gotas oculares cada 30 minutos hasta que lleguen al hospital. Deben ser urgidos a ir inmediatamente – **sin demora**. Explíqueles que es importante averiguar la causa exacta de la úlcera para tratarla adecuadamente; las gotas antibióticas son solamente un tratamiento de emergencia.

- Sospecha de **conjuntivitis viral, bacteriana, alérgica y vernal**: Informe a los padres que la infección debería mejorar, pero que usted quiere volver al niño unos días más tardes para confirmar la mejoría. Aunque el ojo o los ojos mejoren rápidamente, los padres deben regresar con el niño para que usted lo vuelva a ver, ya que puede haber una recuperación incompleta o algún daño que aún necesite ser tratado.
- Cualquiera que sea la causa del enrojecimiento o la secreción, aconseje a los padres evitar el uso de remedios tradicionales y consultar con médicos tradicionales.
- Explíqueles que es realmente importante instilar las gotas oculares con la frecuencia indicada y de la manera correcta.
- En caso de sospecha de una herida penetrante, explique que un oftalmólogo necesita ver al niño urgentemente y que los padres deben continuar con los antibióticos hasta que el especialista lo vea.
- En caso de una herida contusa, los padres deberían regresar si el ojo no mejora unos días después de la lesión. El niño podría necesitar ser referido.

Implicaciones más allá de la clínica

Si un niño se presenta con tracoma, es casi seguro que otros niños y adultos viviendo en la misma aldea o comunidad también tendrán tracoma. A no ser que toda la comunidad sea tratada, el niño puede re-infectarse. Registre el nombre de la comunidad a la que el niño pertenece y alerte a las personas responsables del control de tracoma en su distrito.

Conclusión

Usted puede tener un impacto significativo en la reducción de la pérdida visual y la ceguera en niños al examinarlos y referirlos. Recuerde, una de sus herramientas más poderosas es la buena comunicación con los padres. Al ayudar a los padres a comprender la importancia de la referencia y al apoyarlos a proceder con la referencia indicada rápidamente, usted puede mejorar las posibilidades de un buen resultado visual para su niño.

Aún si usted sospecha que no hay nada que hacer para ayudar al ojo o la visión, sigue habiendo mucho por hacer para ayudar al niño y sus padres. Además de referir al niño al oftalmólogo, asegúrese que la familia recibe todos los otros servicios que necesita, incluyendo apoyo para los padres y atención para la baja visión, rehabilitación y estimulación visual para el niño.

Como ver el reflejo rojo

El examen del reflejo rojo puede revelar problemas en la córnea, en el cristalino y a veces en el vítreo. Puede alertarle de grandes lesiones en la retina, pero no puede ser utilizado para identificar causas de baja visión relacionadas al daño del nervio óptico o retina, tales como distrofia retinal o hipoplasia del nervio óptico.

- El reflejo rojo es mucho más fácil de apreciar en una habitación oscurecida, por lo cual apague las luces, cierre las cortinas o pida a los padres que lo acompañen a una habitación sin ventanas.
- Utilice un oftalmoscopio directo o un tubo visor de reflejo rojo (ambos dispositivos le permitirán mirar directamente donde apunta el rayo de luz) y asegúrese que las baterías estén bien cargadas!
- Ubíquese aproximadamente a uno o dos pies del paciente (alrededor de 30 a 60 centímetros) y dirija la luz a un ojo por vez: usted debería ver un reflejo rojo "vivo" en la pupila.
- A veces el reflejo es más bien rosa que rojo. Esto es cuando el rayo de luz está dirigido al disco óptico, el cual es normalmente rosa, no rojo como la retina. Es útil practicar la búsqueda del reflejo rosa. Con un paciente que coopera, pídale que aleje su mirada de la luz, por ejemplo hacia una de sus orejas (su oreja izquierda si está examinando su ojo izquierdo, y su oreja derecha si esta examinando su ojo derecho). Acérquese y aléjese hasta que pueda observar el reflejo.

¿POR QUÉ CONSIDERAMOS EL GÉNERO AL HABLAR DE PÉRDIDA DE VISIÓN?

Género y salud ocular: ¿Por qué consideramos el género al hablar de pérdida de visión?



**Paul
Courtright**



**Susan
Lewallen**

Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, PO Box 2254, Moshi, Tanzania.

En la última década, ha habido cada vez más evidencias de que las mujeres están afectadas por ceguera e impedimento visual en mucho mayor grado que los hombres.

Una revisión sistemática de las encuestas globales de ceguera basadas en la población realizadas entre 1980 y 2000, ilustró que la ceguera es aproximadamente 40 por ciento más común en mujeres que en hombres (en personas mayores de 50 años).¹ Desde entonces, también ha habido varias grandes encuestas nacionales (por ejemplo en Paquistán y Nigeria) así como también muchos estudios de evaluación rápida de ceguera evitable (RAABs por sus siglas en inglés), los cuales han confirmado los primeros hallazgos. Sabemos ahora que, ser mujer es un factor de riesgo significativo para algunas enfermedades oculares; también es un factor importante en la utilización de los servicios de atención ocular:

- Las mujeres constituyen el 64% del número total de personas ciegas a nivel global (valor resumido).
- En muchas áreas, los hombres tienen el doble de probabilidades de obtener acceso a atención ocular.²

Las tasas altas de ceguera e impedimento visual en mujeres puede ser abordadas

desde tres perspectivas diferentes: factores de riesgo, acceso a servicios y expectativa de vida.

1 Factores de riesgo. Las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres pueden exponer a las mujeres a un riesgo más alto de enfermedades oculares. Por ejemplo, en países donde el tracoma es endémico, el rol de la mujer como cuidadora de niños significa que ésta tiene más probabilidades de desarrollar triquiasis tracomatosa; esto es debido al incremento de exposición a niños con tracoma. Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres también pueden llevar a un riesgo aumentado de algunas enfermedades oculares en mujeres. Por ejemplo, existe buena evidencia que las mujeres tienen una incidencia de catarata un poco mayor que los hombres. Las razones de la alta incidencia no se comprenden totalmente, pero podrían contribuir las diferencias hormonales.³

2 Acceso a servicios. Las diferencias sociales, culturales y económicas que existen entre hombres y mujeres también pueden conllevar un acceso reducido a servicios para mujeres. Por ejemplo, las mujeres pueden no tener libertad de movimiento, su necesidad de atención ocular puede no ser considerada tan urgente o importante como la de los miembros masculinos de la familia, o pueden no tener autoridad en la toma de decisiones de las finanzas dentro de la familia para pagar los servicios de atención ocular. Además, la responsabilidad de cuidar a los niños

puede hacer difícil que ellas salgan de la casa. Los temores de las mujeres con respecto acerca de cómo la pérdida de visión puede afectar su estatus en la familia, pueden también hacerles menospreciar su pérdida de visión (y por consiguiente, la necesidad de atención o cirugía ocular); algunas pueden priorizar las necesidades de su familia por encima de su propia necesidad de atención ocular.

3 Expectativa de vida. Es importante recordar que, en la mayoría de las culturas, las mujeres tienen una expectativa de vida más larga que los hombres. Como las enfermedades visuales aumentan con la edad, esto significará que hay más mujeres con ciertas patologías oculares; particularmente las que ocurren tarde en la vida.

En reconocimiento a estas desigualdades en la salud ocular de hombres y mujeres el tema del Día Mundial de la Visión 2009 fue "Género y Salud Ocular". El uso de la palabra género en el tema es muy específico: mientras que el término "sexo" hace referencia a las diferencias biológicas que nos hacen varón o hembra, "género" hace referencia a los roles que se esperan que las mujeres y los hombres desempeñen en su cultura o sociedad. Así como vimos más arriba, estos roles diferentes a menudo tienen un impacto directo (y negativo) en la salud ocular de las mujeres.

Las siguientes áreas requieren atención si queremos encarar las desigualdades de género en salud ocular.

Continúa en la página 12 ►