

Investigación de Preocupaciones Sobre la Visión y la Audición en Bebés y Niños

UN ENFOQUE DE TRES ETAPAS PARA EL ESTADO DE WASHINGTON

INTRODUCCIÓN:

A pesar de la ausencia de investigación rutinaria de la audición y la visión de recién nacidos en nuestro estado, nosotros que nos hemos familiarizado con las familias en sus hogares o en nuestros programas desempeñaremos un papel decisivo en identificar a los bebés que justifican una vista más cuidadosa. Al hablar con los padres y escucharlos cuidadosamente, mirar a los niños con ojos observadores, y, cuando sea posible, repasar los informes médicos del bebé, podemos apoyar a los padres en conseguir información adicional de los profesionales médicos y diagnósticos cuando se necesite.

Usando criterios profesionalmente reconocidos, Servicios de Incapacidades Sensoriales Del Estado de Washington ha diseñado un enfoque de tres etapas en el cual Educadores de Padres y otros pueden documentar preocupaciones de los padres, comportamientos infantiles observables, y factores de riesgo y señales que pueden indicar un riesgo alto para perjuicio a la visión o la pérdida de audición. El propósito de recopilar esta información es para determinar la necesidad de evaluación diagnóstica adicional de la condición de la visión o la audición del niño(a), y para proporcionar evidencia que se han tratado estas áreas.

INSTRUCCIONES:

El enfoque de tres etapas fue diseñado para mezclar la recopilación rutinaria de información tanto de los padres como de sus observaciones del bebé/niño(a). En algunos casos su programa puede tener acceso a los registros médicos del niño(a); éstos, también, pueden destacar las razones posibles de la preocupación con respecto de la audición y/o de la visión. Este paquete contiene cuatro formularios:

Entrevista de Padres (I) - Una lista de verificación de desarrollo de habilidades visuales y de audición; las preguntas se pueden intercalar en su entrevista rutinaria con los padres.

Revisión de Antecedente Medicos/Familiares (II) - Una lista de verificación que se puede completar después de la entrevista de los padres, o por aquellos con acceso a registros médicos del niño(a).

Observaciones (III) - Una lista de verificación que se puede completar mientras hace observaciones rutinarias del niño(a) o esta evaluando el niño(a) en su campo de especialización.

Formulario de Resumen Inicial - Este formulario tiene un propósito doble:

- (1) Para documentar en el archivo del niño(a) que un procedimiento sistemático se ha utilizado para determinar que actualmente no hay necesidad de preocupación con respecto a la visión o la audición del niño(a).
- (2) Más importante, los padres pueden llevar este formulario a su médico de atención primaria para apoyar su solicitud para evaluación adicional de la visión o audición del niño(a). La información relevante de cada uno de los formularios enumerados arriba se puede transferir a la sección correspondiente en el formulario de resumen. *Sección I* hace un resumen de las preocupaciones de los padres en sus propias palabras o según lo derivado del formulario de entrevista de los padres. *Sección II* enumera los factores de alto riesgo recogidos de la información médica proporcionada. *Sección III* enumera las señales de alto riesgo evidenciadas por el aspecto o el comportamiento del niño(a). El resto del formulario está para comentarios/preguntas adicionales que desean incluir el Educador de Padres, la Enfermera de la Salud

I. Entrevista de Padres: Preocupaciones Sobre la Visión y la Audición

¿Tiene alguna preocupación acerca de la visión o audición de su niño(a)? Si es así, por favor describa:

VISIÓN: Nota que su niño(a)...	S	N
DE NACIMIENTO A 3 MESES DE EDAD:		
• ¿Mira su cara? (mirada momentánea para cuando tenga 1 mes)		
PARA LOS 3 MESES DE EDAD:		
• ¿Sonríe con otros?		
• ¿Mira sus propias manos?		
• ¿Mira como usted entra/cruza el cuarto? (de 6 pies de lejos)		
• ¿Extiende el brazo para golpear objetos?		
PARA LOS 6 A 12 MESES DE EDAD:		
• ¿Intenta extender el brazo para agarrar juguetes/objetos? (6 meses)		
• ¿Nota algo pequeño (ej, una pasa) a 12 pulgadas de él(ella)? (6 meses)		
• ¿Se mueve hacia un objeto que este por lo menos 5 pies de lejos? (7 meses)		
• ¿Recoge o trata de recoger un cheerio, una pasa, o una pelusa? (8 meses)		
• ¿Mira fijamente o intenta asirse de su joyería o sus lentes? (9 meses)		
• ¿Busca un juguete caído? (9 meses)		
• ¿Reacciona a las expresiones faciales de otros (ej., ceñidos, sonrisas, caras divertidas)? (10-12 meses)		
PARA LOS 12-24 MESES DE EDAD:		
• ¿Demuestra un interés en libros con		

AUDICIÓN: Nota que su niño(a)...	S	N
DE NACIMIENTO A 3 MESES DE EDAD:		
• ¿Se asusta o salta cuando hay un sonido fuerte repentino?		
• ¿Se mueve o despierta del sueño, o llora, cuando alguien habla o hace un ruido?		
• ¿Reconoce y es reconfortado(a) por una voz conocida?		
PARA LOS 3 A 6 MESES DE EDAD:		
• ¿Voltea los ojos para buscar un sonido interesante?		
• ¿Responder a la voz de la madre o del cuidador(a)?		
• ¿Voltea los ojos hacia adelante cuando se le llama por nombre?		
PARA LOS 6 A 12 MESES DE EDAD:		
• ¿Voltea hacia un sonido interesante o hacia cuidador(a) cuando se le llama por nombre de por detrás?		
• ¿Busca o mira alrededor cuando nuevos sonidos están presentes?		
• ¿Entiende "no", "mamí", "adiós", y palabras comunes parecidas?		
• ¿Toma parte en juego vocal con los padres, experimenta con los sonidos múltiples del habla y con sonidos no hablantes? (9 meses)		
• ¿Balbucea en cadenas continuas de sílabas singulares parecidas a habla (ej., "da da da")? (10 meses)		
PARA LOS 12-24 MESES DE EDAD:		
• ¿Dice una o más palabras reales y		

dibujos? (12 meses)		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Alcanza dentro en un envase y saca los objetos fácilmente? (12-18 meses) 		

reconocibles? (12 meses)		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Combina las palabras (ej., zapato mamá, barco grande)? (18 meses) 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Sabe por lo menos 50 palabras? (24 meses) 		

II. Repaso de Antecedentes Medicos/Familiares de Preocupaciones sobre la Visión y la Audición

Indique cualquiera de los factores siguientes notados durante la entrevista con los padres y/o al leer los registros médicos del niño(a).

Antecedentes Familiares:

- Antecedentes familiares de impedimentos de la visión o pérdida de audición hereditaria desde la niñez.

Historia Prenatal:

- Madre tiene historia de infección durante el embarazo (ej., toxoplasmosis, rubeóla, citomegalovirus, herpes, sífilis).
- Niño(a) expuesto(a) prenatalmente a alcohol o drogas (ej., cocaína, medicaciones).

Historia Perinatal:

- El peso al nacimiento del niño(a) era menos de 1,500 gramos (3,3 libras).
- Puntuación de Apgar del niño(a) era 0-4 al minuto o 0-6 a los 5 minutos.
- Niño(a) nació prematuramente y fue expuesto a oxígeno en el hospital.
- Niño(a) tuvo bilirrubina elevada (hiperbilirrubinemia) lo cual requirió una transfusión.
- Niño(a) requirió ventilación mecánica durante 5 días o más.

Historia Posnatal:

- Niño(a) tuvo meningitis o encefalitis.
- Niño(a) sostuvo trauma en la cabeza asociada con la pérdida del conocimiento o de fractura del cráneo.
- Niño(a) tiene desórdenes neurológicos, como ataques.
- Niño(a) tiene un síndrome conocido por incluir la pérdida de audición y/o incapacidad visual (ej., síndrome de Down, síndrome alcohólico fetal, síndrome de CHARGE, síndrome de Goldenhar, síndrome de Hurler, síndrome de Norrie, síndrome de Refsum, Trisomía 13, síndrome de Waardenburg).
- Niño(a) tiene parálisis cerebral.

- Niño(a) tiene hidrocefalia.
- Niño(a) tuvo una fiebre excesiva por un período de tiempo prolongado.
- Se le dió al niño(a) drogas del “micina” u otras medicaciones ototóxicas conocidas. (*e.g., agentes quimioterapéuticos o aminoglicosides*)

III. Observaciones

que Pueden Indicar Impedimento Visual o Pérdida de Audición in Niños

Asociado con la Impedimento Visual ¹	Asociado con la Pérdida de Audición
<p>Aspecto Atípico de Ojos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Párpado caído que obscurece niña del ojo (<i>ptosis</i>) o Un ojo un poco más alto o bajo que el otro ojo o Anormalidades obvias en la forma o la estructura de los ojos o Ausencia de una niña del ojo clara y negra o Enrojecimiento persistente de la conjuntiva (normalmente blanca) o Ojos lágrimosos sin llorar o Alta sensibilidad a la luz brillante (bizquear, cerrar los ojos o volver la vista) <p>Movimientos Extraños del Ojo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Movimientos espasmódicos del ojo (<i>nistagmo</i>) o Ausencia de unión de movimiento de los ojos o Desalineación de uno o ambos ojos volteados hacia adentro (<i>estrabismo convergente</i>) o hacia afuera (<i>estrabismo divergente</i>) después de 4 a 6 meses de edad (término general: <i>estrabismo</i>) <p>Mirada Fija Extraña o Posiciones de la Cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Inclina o voltea la cabeza a cierta posición al mirar un objeto o Detiene un objeto cerca de los ojos o Aparta la vista; parece mirar al lado, debajo, o sobre el objeto de enfoque. <p>Ausencia de Comportamientos Visualmente Dirigidos</p> <ul style="list-style-type: none"> o Carencia de contacto visual para los 3 meses de edad o Carencia de fijación o seguimiento visual para los 3 meses de edad o Arrebatamiento inexacto de objetos para los 6 meses de edad. 	<p>Aspecto Atípico de la Cara o las Orejas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hendedura del labio y paladar o Malformaciones de la cabeza o del cuello o Malformaciones de las orejas, incluso ausencia de abertura del canal auditivo (<i>atresia</i>) o Dolores de oído o infecciones de oído frecuentes (<i>otitis media</i>) o Corrimiento de los oídos <p>Comportamientos Atípicos de Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pocas o inconsistentes respuestas a los sonidos o No parece estar escuchando o No responde a cuidadores que llaman su nombre o Demuestra preferencia por ciertos tipos de sonidos. <p>Desarrollo Vocal Atípico:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tiene vocalizaciones limitadas o Tiene anormalidades de voz, entonación o articulación o Muestra retraso en desarrollo de idioma (e.g., ninguna palabra dicha a los 15 meses; menos de 50 palabras a los 24 meses) <p>Otros Comportamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Halar las orejas o poner las manos sobre las orejas. o Respirar por medio de la boca o Inclina la cabeza hacia un lado. <p>(Fuentes: Chen, 1998, 1990; Gatty, 1996; Fewell, 1983; Comisión Unida Sobre la Audición Infantil, 1991)</p>

Formulario de Resumen Inicial: Investigación de Preocupaciones Sobre Visión/Audición

Nombre del Niño(a) _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/Cuidador(a): _____

Teléfono: _____

Educador de Padres: _____

Médico de Atención Primaria: _____

I. ENTREVISTA CON PADRE/CUIDADOR(A)

A. Actualmente, el padre/cuidador tiene preocupaciones sobre la visión y/o audición del niño(a): No Sí

Si responde que sí, la preocupación está relacionada con lo siguiente del niño(a):

Visión Audición Habla/Lenguaje (excluye la pérdida de audición)

B. Describa las preocupaciones con respecto del desarrollo de habilidad del niño(a) al ver o oír:

II. REPASO DE HISTORIA MEDICA DE FAMILIA

(anote cualquier factores de alto riesgo)

A. Historia de Familia

B. Historia Prenatal

C. Historia Perinatal

D. Historia Posnatal

III. OBSERVACIONES

(anote cualquier señales de alto riesgo observadas)

Resultados de Examen de Audición de Recién Nacido (si es aplicable):

Aprobado Reexaminar Referir

Resultados de Fotoexamen de la Visión (si es aplicable):

Aprobado Referir para evaluación adicional

RESUMEN:

No tenemos preocupaciones con respecto a la visión o la audición del niño(a) en este tiempo, basado en la entrevista con los padres, la historia médica/familiar del niño(a), y nuestras observaciones colectivas.

Hemos identificado los factores/señales/observaciones de alto riesgo, según notados arriba, para:

Visión Audición Nota: Estas preocupaciones y un plan de continuación serán tratados en el Acuerdo de la Sociedad Familiar. La acción tomada y los resultados serán discutidos en el repaso de seis meses.

Opción Recomendada para Continuación:

Referir para otra evaluación por un oftalmólogo pediátrico o audiólogo pediátrico, después de la aprobación del Médico de Atención Primaria.

[Padre/Cuidador(a)]

[Fecha]

[Especialista Infantil o

[Fecha]