

## Artículo de historia y arte

Recibido: abril 2016  
Aceptado: junio 2016

Vol. 5, Núm. 2  
Mayo-Agosto 2016  
pp 58-61

# Inclusión de la Unidad de Acúfeno en el sector de salud público y privado en México

*Inclusion of the Tinnitus Unit in the public and private sector health in Mexico*

Israel De la Cruz Ávila\*

## Introducción

El acúfeno es un síntoma común de las consultas externas de audiolología y otorrinolaringología; se puede definir como la percepción del sonido en los oídos o cabeza en ausencia de cualquier estímulo externo. La presencia de acúfeno puede indicar que algo está mal en alguna parte del sistema auditivo, tanto periférica como central. Este síntoma también puede ser resultado de una serie de condiciones de salud, como hipoacusia inducida por ruido, trauma acústico, presbiacusia, uso de ototóxicos, trastornos metabólicos, infecciones de oído, enfermedades crónico-degenerativas y uso de sustancias nocivas para la salud. También puede estar presente en individuos con audición normal y en sus formas más graves ir acompañado de depresión, dificultades de concentración, insomnio y dolores de cabeza.<sup>1,2</sup>

## Epidemiología

A pesar de su alta prevalencia en México, no hay estudios epidemiológicos de la población en general para determinar la frecuencia de acúfeno hasta el momento. De acuerdo con la literatura, en la mayoría de las personas que padecen acúfeno (por lo general de 65 a 85 años de edad) no resulta molesto para su calidad de vida; el 10% de la población lo ha percibido durante más de cinco minutos y sólo el 30% busca ayuda con un profesional

de la salud. En el 5% de la población interfiere en la conciliación del sueño y tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida.<sup>1</sup> El acúfeno grave, tras el dolor intenso y los trastornos del equilibrio, es el tercer síntoma más incapacitante que puede sentir el ser humano. Es bien conocido que la hipoacusia es el problema de salud más frecuente de la tercera edad tras la artritis reumatoide e hipertensión arterial, y el acúfeno va de la mano con la hipoacusia. El nivel socioeconómico también influye.<sup>3</sup>

La creación de la Unidad de Acúfeno dentro de los servicios de Audiología y Otoneurología, así como de Otorrinolaringología en las clínicas y/o hospitales de sector público y privado, ha sido de gran interés para los médicos tratantes de patologías auditivas por los efectos que puede provocar esta patología en los pacientes. Este servicio se especializa en el diagnóstico etiológico y clínico del acúfeno, así como en su tratamiento. La Unidad de Acúfeno requiere de un equipo multidisciplinario familiarizado con el tema y su complejidad, así como de constantes actualizaciones; el personal lo constituyen:

**Médico audiólogo-otoneurólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo y/psiquiatra, audioprotesista, neurólogo/neurocirujano, reumatólogo, traumatólogo y médico rehabilitador.**

Nuestra visión del acúfeno se ha ampliado mucho y los médicos especialistas en el tema deberán tener, cada día, mayor capacidad para diagnosticar, transmitir conocimiento, implantar y controlar el tratamiento más adecuado, así como para resolver las dudas que se presenten.

\* Clinic manager. Centro de Investigación en Desorden de Audición, Vértigo y Equilibrio, Monterrey, México. Unidad de Acúfeno e Hiperacusia.

Se ha visto que el costo-beneficio aportado por esta Unidad de Acúfeno es significativo, ya que el paciente recibe una atención personalizada e individualizada de su patología; desafortunadamente se ha realizado un número considerable de pruebas diagnósticas mal guiadas, sin tratamiento eficaz o dirigido. La Unidad de Acúfeno se dará a la tarea de realizar un diagnóstico adecuado, abaratando así el gasto sanitario y rentabilizando este tipo de especialización.

### Unidad de Acúfeno en sector público y privado

La incorporación de un servicio de acúfeno en el sistema público será más complejo que en el sistema privado por su alta demanda, así mismo por los tiempos para cada paciente. Dado el limitado, aunque extenso número de pacientes que presentan este grave o incapacitante síntoma, estos servicios se podrán establecer como centros de referencia para empezar con el protocolo establecido en cada paciente. Los pacientes que se atiendan en ambos sistemas de salud, tanto público como privado, deberán llevar un protocolo de candidato a la Unidad de Acúfeno para evitar así el sobrecupo. Así, los pacientes que presenten un acúfeno con nula repercusión en su calidad de vida no requerirán una valoración especializada en la unidad. Los médicos Audiólogos-Otoneurólogos involucrados en la Unidad de Acúfeno deberán de conocer los principios fisiopatológicos y las pautas a seguir en cada paciente y así realizar un abordaje básico y correcto para que se inicie de manera automática el proceso de habituación del acúfeno. Los pacientes cuyo problema genere una importante repercusión en sus actividades diarias o incapacidad para laborar (*Cuadro I*) deberán ser valorados en una unidad de referencia.<sup>4</sup>

A todo paciente, en su primera cita, se le realiza una historia clínica completa enfocada a patología auditiva y de acúfeno, además de una exploración otoneurológica completa, y tendrá que llenar los cuestionarios especí-

**Cuadro I.** Síntomas de acúfeno.

- Depresión
- Angustia
- Ansiedad
- Cambios de humor frecuente
- Trastornos de sueño
- Irritabilidad o frustración
- Pobre concentración
- Dolor (cuando se acompaña de hiperacusia)

icos para evaluación y valoración subjetiva del acúfeno (*Cuadro II*) para cuantificar el componente psicoemocional y funcional; el seguimiento es necesario para la documentación de la efectividad del tratamiento.<sup>2-5</sup>

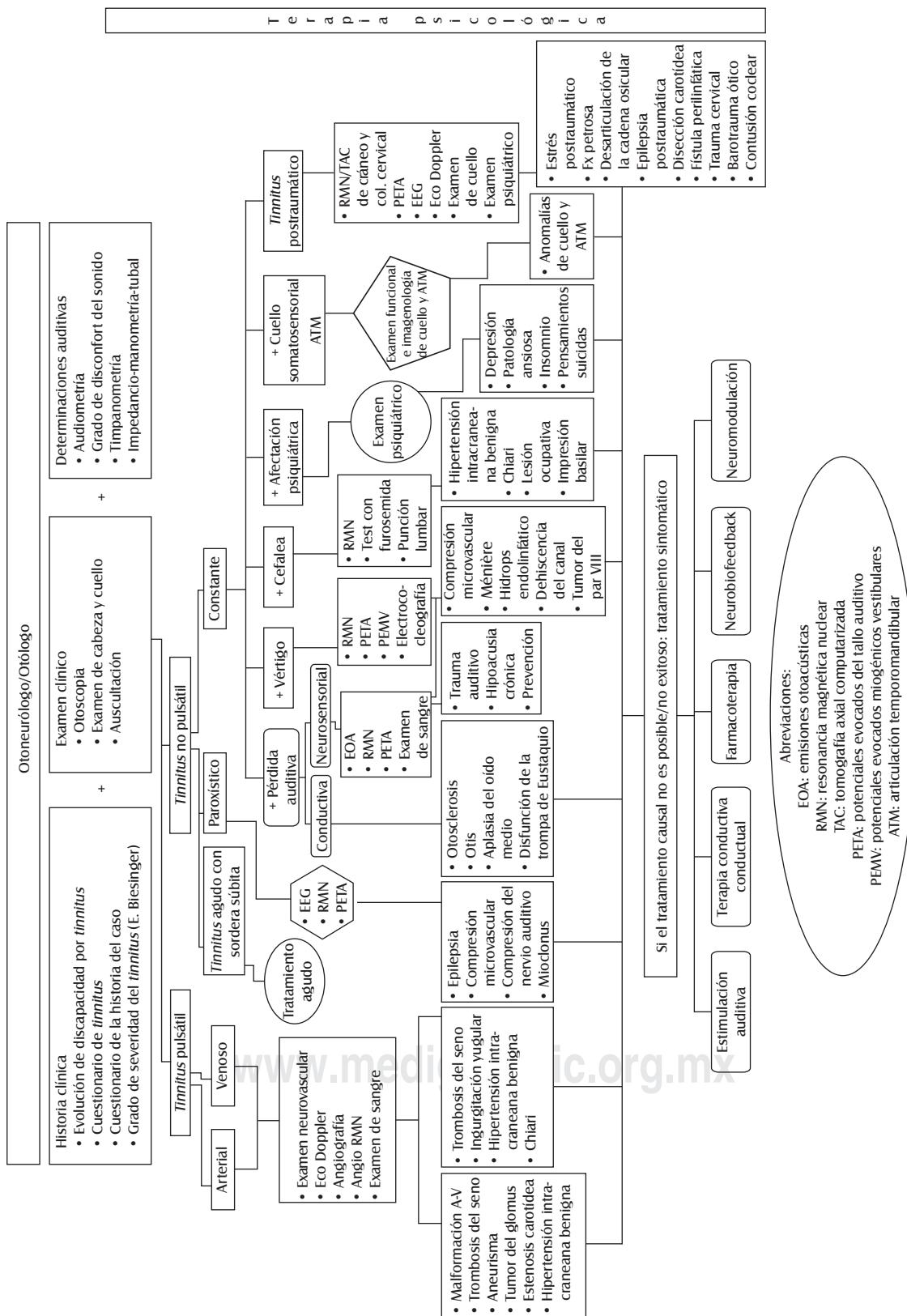
Es importante contar con protocolos de ingreso a la Unidad de Acúfeno (protocolo de Jastreboff) que incluyen una serie de actividades que el paciente omite (concentración, trabajo, estancia en restaurantes, actividades sociales, deportes y otras). En el cuestionario inicial (CIA) se le pregunta si el acúfeno se acompaña de hiperacusia. También se realiza una escala visual analógica (EVA) de rango de 1 a 10 sobre la intensidad del acúfeno. Cada dos meses se realiza a cada paciente una serie de cuestionarios para valorar la mejoría o no del acúfeno y su tratamiento y comprobar la eficacia de los abordajes terapéuticos.<sup>6</sup>

### Conclusión

Queremos transformar la percepción y reacción del paciente con acúfeno. Viendo que es un síntoma de una amplia gama de patologías y que puede presentarse en muchas comorbilidades diferentes, la realización de unidades de acúfeno para una valoración integral y diagnóstico multidisciplinario se considera de suma importancia,

**Cuadro II.** Cuestionarios para la valoración de la intensidad del acúfeno.

Cuestionario	Características
<i>Tinnitus Handicap Inventory</i>	25 preguntas: escalas funcional, emocional y catastrófica
<i>Tinnitus Handicap-Support Questionnaire</i>	28 preguntas (escala 1-5): severidad, apoyo social y familiar, incapacidad funcional
<i>Tinnitus Reaction Questionnaire</i>	26 preguntas: preocupación interferencia en actividades, severidad, molestia
<i>Subjetive Tinnitus Severity Scale</i>	16 preguntas (sí/no): intrusismo, importancia, estrés del acúfeno
<i>Benefit-Problem Questionnaire</i>	Lista que elabora el paciente sobre beneficios y problemas tras un tratamiento
<i>Tinnitus Handicap Questionnaire</i>	27 Preguntas: alteración social, emocional, audición y punto de vista del paciente
<i>Tinnitus Severity Questionnaire</i>	10 preguntas (escala 1-5): afectación en sueño, ánimo, estrategias de actuación
<i>Tinnitus Effect Questionnaire</i>	51 preguntas: interferencia del sueño, estrés y dificultad de audición
<i>Tinnitus Grading System</i>	3 variables (escala 1-5) intensidad molestia e interferencia con la vida diaria



**Figura 1.** Diagrama de flujo para el manejo del paciente con Acúfeno.

se anexa un diagrama de flujo para el manejo de estos pacientes (*Figura 1*), el cual será llevado en cada unidad por los servicios correspondientes.

#### REFERENCIAS

1. Heller AJ. Classification and epidemiology of tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003; 36: 239-242.
2. Ahmad N, Seidman M. Tinnitus in the older adult: epidemiology, pathophysiology and treatment options. *Drugs Aging.* 2004; 21: 297-305.
3. Folmer RL, Griest SE, Meikle MB, Martin WH. Tinnitus severity, loudness, and depression. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 121: 48-51.
4. Schleuning AJ 2nd. Management of the patient with tinnitus. *Med Clin North Am.* 1991; 75: 1225-1237.
5. Hoffman HJ, Reed GW. *Epidemiology of tinnitus.* In: Snow JB, ed. *Tinnitus: theory and management.* London: BC Decker Inc; 2004: p. 368.
6. Seidman MD1, Jacobson GP. Update on tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am.* 1996; 29 (3): 455-465.

Correspondencia:

**Dr. Israel De la Cruz Ávila**

E-mail: israeldelac@yahoo.com.mx