



Hipoacusia neonatal. La magnitud de un problema que aún no es escuchado

Georgina Zavala-Vargas,^{1,*} Heladia García¹

¹ Unidad de Investigación de Análisis y Síntesis de la Evidencia, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

La deficiencia auditiva se refiere a la existencia de una pérdida discapacitante en la audición, sin tener en cuenta el grado de pérdida de la misma; es decir, éste es un concepto general que comprende los términos hipoacusia y sordera.

Para el año 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 6.12% de la población mundial y 6.18% de la población en Latinoamérica tienen pérdida de la audición discapacitante y, de ellos, 7% (34 millones) es población pediátrica. Se calcula que en el año 2050, más de 900 millones de personas (una de cada 10), sufrirá pérdida de audición discapacitante. Cerca de dos tercios de estas personas vive en países en vías de desarrollo. Además se ha calculado que el déficit auditivo sin tratamiento representa un costo global de 750,000 millones de dólares anualmente, lo cual incluye costos del sector salud (excluyendo costo de los dispositivos para la audición), apoyo educativo, pérdida de productividad y costos sociales.^{1,2}

Sesenta por ciento de los casos de pérdida de la audición en niños se debe a causas que pueden prevenirse, dichas causas son congénitas o adquiridas. Las causas congénitas se deben a factores hereditarios y no hereditarios, a complicaciones durante el embarazo y el parto, entre ellas, la rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo. También, den-

tro de estas causas se incluyen el bajo peso al nacer, asfixia perinatal, uso inadecuado de medicamentos (aminoglucósidos, diuréticos y otros medicamentos citotóxicos); mientras que la hiperbilirrubinemia grave durante el periodo neonatal, puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido (RN).

En cuanto a la hipoacusia adquirida, se debe a factores externos como infecciones, traumatismos, otitis media, uso de medicamentos ototóxicos, entre otros. La hipoacusia adquirida puede ser totalmente reversible si se trata la causa, mientras que en la hipoacusia congénita es difícil revertir.^{3,4}

En México, la causa más común de discapacidad auditiva neurosensorial en el neonato es de etiología congénita y afecta de uno a tres por cada 1,000 niños. Cada año nacen entre 2,000 y 6,000 niños con sordera congénita, y se considera que hay en total entre 200,000 y 400,000 personas que presentan sordera total.⁵

La magnitud descrita debería ser suficiente para alertarnos y actuar para llevar a cabo un trabajo médico multidisciplinario. El tamiz auditivo neonatal es una prueba sencilla, efectiva y no dolorosa, capaz de detectar tempranamente el problema y consiste en la evaluación de emisiones otoacústicas (EO); es decir, sonidos generados en el oído interno por las células ciliadas externas, que son captados por un micrófono en el conducto auditivo externo, sin embargo, no define ni cuantifica el grado de afectación. En la guía de práctica clínica del sector salud en México se recomienda hacer tamiz auditivo a todos los RN, ya que el inconveniente de realizar la detección sólo a los niños con factores de riesgo es que muchos casos quedarán sin ser detectados. El tamiz universal es la mejor opción, de acuerdo a grupos o instituciones internacionales como la Euro-

* **Correspondencia:** GZV, georgina.zavala@gmail.com

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Zavala-Vargas G, García H. Hipoacusia neonatal. La magnitud de un problema que aún no es escuchado. Rev Mex Pediatr 2018; 85(4):117-118.

[Neonatal hearing loss. The magnitude of a problem that is not yet heard]

pean Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening en 1998, por la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil (CODEPEH) en 1999 y por la *American Academy of Pediatrics* en el año 2000.

El tamiz auditivo debe realizarse en toda unidad que atienda partos y/o RN, de preferencia antes del egreso hospitalario del menor, o bien durante el primer mes de vida. A los niños sin respuesta a la primera prueba del tamiz hospitalario se les debe hacer una segunda evaluación entre las dos y ocho semanas siguientes y, si el resultado es el mismo, deberán ser evaluados por el audiólogo y otorrinolaringólogo para realizar otras pruebas complementarias. Por ejemplo, los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (PEATC) se deberán realizar, de preferencia, antes de los tres meses de edad para que haya oportunidad de un diagnóstico y tratamiento antes de los seis meses de vida.^{6,7} El tratamiento consiste en la utilización de audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos de ayuda auditiva. El implante coclear está diseñado para niños que se benefician poco de la amplificación con auxiliar auditivo; su colocación es segura a partir de los seis meses de edad, antes de que se desarrolle el lenguaje.^{4,5}

Las repercusiones de una detección tardía en los niños con pérdida de audición pueden ser múltiples, desde retraso en el desarrollo del habla con la consiguiente barrera de comunicación, aislamiento social, bajo rendimiento escolar, además de problemas psicológicos como depresión, baja autoestima, déficit de concentración y problemas físicos.⁸

En este número de la *Revista Mexicana de Pediatría*, Contreras y cols.⁹ presentan un estudio sobre la prevalencia de hipoacusia en RN en el Hospital General "Ignacio Zaragoza", ubicado en el Ciudad de México. Es de agradecer a los autores, porque nos concientizan y llaman nuestra atención a un problema de salud que ha sido desatendido. Los autores identificaron que la prevalencia de hipoacusia fue tres veces mayor de lo que se estima en México; sin embargo, no se establece la prevalencia en todos los RN, lo que demuestra que es necesario seguir reforzando las estrategias para hacer una detección universal y un tratamiento precoz. Con este estudio queda en duda la verdadera prevalencia de la enfermedad en México, por lo que da pie a con-

tinuar con la investigación en este tema que impacta la salud pública.

A pesar que existen guías y normas tanto a nivel nacional como internacional para la detección oportuna de la pérdida de la audición discapacitante, parece que la misma OMS se refiere a México cuando menciona las barreras que impiden las acciones de salud pública, tales como el limitado acceso a los profesionales de atención auditiva, necesidad de infraestructura, falta de acceso a dispositivos y tecnologías de asistencia auditiva para la rehabilitación. A pesar de la importancia de la tecnología moderna para la rehabilitación, sólo una minoría de personas con pérdida auditiva tienen acceso a estos dispositivos y a los servicios requeridos para su uso efectivo.¹ Todos estos problemas existen en México, por lo que se requieren acciones para aumentar el personal de salud capacitado e incrementar el número de equipos para el tamizaje.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Addressing the rising prevalence of hearing loss*. Febrero 2018. [Consultado el 3 de agosto de 2018] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260336/9789241550260-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
2. Emmett SD, Francis HW. The socioeconomic impact of hearing loss in U.S. adults. *Otol Neurotol*. 2015; 36(3): 545-550.
3. Grindle CR. Pediatric hearing loss. *Pediatr Rev*. 2014; 35(11): 456-463; quiz 464.
4. World Health Organization. *Sordera y pérdida de la audición*. Marzo 2018 [Consultado el 8 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
5. Secretaría de Salud. *Guía de práctica clínica: Hipoacusia neurosensorial bilateral e implante coclear*. México: CENETEC; 2010. [Consultado el 3 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/396_IMSS_10_hipoacusia_neurosensorial/EyR_IMSS_396_10.pdf
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 7 de abril de 2014. [Consultado el 3 Agosto 2018] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5349816
7. Wroblewska-Seniuk KE, Dabrowski P, Szyfter W, Mazela J. Universal newborn hearing screening: methods and results, obstacles, and benefits. *Pediatr Res*. 2017; 81(3): 415-422.
8. World Health Organization. *Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented*. 2011. [Consultado el 7 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>
9. Peña-Alejandro S, Contreras-Rivas AI. Prevalencia de hipoacusia en recién nacidos sanos en un hospital de tercer nivel de atención. Detección mediante tamiz auditivo neonatal. *Rev Mex Pediatr*. 2018; 85(4): 130-134.