



DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL

La hipoacusia es la disminución de la percepción auditiva. La audición es la vía habitual para adquirir el lenguaje, uno de los más importantes atributos humanos. Los niños afectados por una hipoacusia padecen retraso en el lenguaje y académico, y tienen peores expectativas laborales y profesionales.

El 1,5 por mil de todos los recién nacidos padecerán una sordera de moderada a profunda.

El diagnóstico temprano de la sordera y la rehabilitación adecuada previenen la consecuencia más importante de la hipoacusia infantil: crecer sin un lenguaje. El objetivo último es el incremento máximo de las aptitudes lingüísticas y de comunicación, y el desarrollo de la capacidad de lectura y de escritura de los niños que padecen una hipoacusia importante o son sordos. Los medios para conseguirlo son la detección antes del mes de vida, el comienzo del estudio diagnóstico antes de los 3 meses de edad y la intervención antes de los 6 meses de vida. Sin embargo, la realidad es muy diferente y la edad promedio de diagnóstico sobrepasa los 2 años.

En los niños de entre 1 y 3 años debe prestarse atención especial a las otitis serosas persistentes, que pueden interferir notablemente con la audición y, por tanto, con la adquisición del lenguaje y el aprendizaje. Es fundamental la existencia de timpanometría accesible a todos los niños para diagnosticar y seguir esta patología. La prevalencia de otitis serosa es muy alta y generalmente se resuelve espontáneamente. La agresividad del tratamiento dependerá del grado de hipoacusia y la duración de ésta.

El principal síntoma de sordera es la falta de desarrollo del lenguaje a la edad adecuada.

Recomendaciones

Se recomienda el cribado auditivo neonatal universal con potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral. Como segunda opción pueden utilizarse las otoemisiones, si bien esta prueba alcanza menor especificidad y además no explora toda la vía auditiva. El coste por caso detectado es igual o inferior al de otros programas de cribado universal, como el de hipotiroidismo y fenilcetonuria.

En ausencia de un programa de cribado universal neonatal, deben identificarse los niños con indicadores asociados a sordera (tabla 1) (tanto congénita como la de aparición tardía o adquirida) y asegurarse de que se realice una prueba objetiva cuanto antes. Un 50% de niños con sordera congénita no serán identificados con este método. La valoración subjetiva de la audición a través del desarrollo temprano, las adquisiciones psicosociales, el comportamiento auditivo y la respuesta al sonido e incluso el lenguaje expresivo, no son métodos fiables para detectar la sordera en la infancia temprana.

Debe controlarse periódicamente hasta los 3 años la audición en los lactantes y preescolares que presenten indicadores de riesgo asociados sordera neurosensorial o de conducción adquirida, progresiva o de comienzo tardío (tablas 2 y 3). En caso de diagnosticarse una hipoacusia en lactantes o preescolares, debe remitirse al niño inmediatamente para tratamiento sin esperar a repetir la exploración para confirmar el diagnóstico.

En el resto de los niños se preguntará a la familia sobre su audición, explorar la reacción al sonido y seguir la adquisición del lenguaje verbal en los controles periódicos de salud. A partir de los 4-5 años, en caso de sospecha, puede efectuarse el cribado mediante audiometría.

Tabla 1. - Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción en recién nacidos, (0-28 días) si no se dispone de cribado universal.

<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier enfermedad o situación que requiera ingreso igual o superior a 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales • Estigmas y otros hallazgos asociados con un síndrome que incluye pérdida auditiva sensorial o de conducción • Historia familiar de pérdida auditiva neurosensorial permanente • Anomalías craneofaciales, incluyendo aquellas con malformaciones morfológicas de pabellón auricular y el conducto auditivo externo • Infección intrauterina tal y como citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis, o rubéola

Fuente: Joint Committee of Infant Hearing (JCIH), 2000.

Tabla 2. - Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción en lactantes de 29 días a niños de 2 años.

<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación de los padres o cuidadores sobre el habla, audición, lenguaje o desarrollo • Meningitis bacteriana y otras asociadas a disminución de audición • Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento o fractura • Estigmas u otros asociados a síndromes asociados a sordera • Ototóxicos • Otitis media recidivante o persistente con derrame al menos 3 meses
--

Fuente: Joint Committee of Infant Hearing (JCIH), 1994

Tabla 3. - Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción en lactantes de 29 días a niños de 3 años que requieren un control periódico de la audición.

A) Asociados a sordera neurosensorial tardía:
<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de sordera neurosensorial infantil de aparición tardía • Infección intrauterina como citomegalovirus, rubéola, sífilis, herpes y toxoplasmosis • Neurofibromatosis II y enfermedades neurodegenerativas
B) Asociados a sordera de conducción:
<ul style="list-style-type: none"> • Otitis media recidivante o persistente con derrame • Deformidades anatómicas y otras anomalías que afecten a la función de la trompa de Eustaquio • Enfermedades neurodegenerativas

Fuente: Joint Committee of Infant Hearing (JCIH), 1994.

Autor: Juan José Delgado Domínguez
Grupo PrevInfad / PAPPS