



Jose Miguel Sequí,
 Jefe de Pediatría del Hospital
 Francisco Borja de Gandía y
 miembro de la CODEPEH.

El papel del pediatra en el diagnóstico precoz de la sordera

En la difícil tarea del diagnóstico precoz de la sordera intervienen muchos equipos de profesionales con distintos perfiles sanitarios y con distintos puntos de actualización, que son objeto de las recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil (CODEPEH) (1-4). Uno de estos es el equipo de atención pediátrica (donde se incluyen los profesionales que atienden al niño, tanto médicos como enfermeras u otros). Este equipo tiene una importancia capital en diversas fases del programa de despistaje neonatal y posteriormente durante las diferentes etapas del desarrollo infantil.

En la primera fase, después de nacer, los puntos sobre los que debe incidir la asistencia pediátrica neonatal pasan por:

1) Una correcta anamnesis familiar y personal: se debe realizar un árbol genealógico detallado a través de la historia familiar para conocer antecedentes de hipoacusia. También hay que saber identificar otros factores de riesgo de hipoacusia (**Tabla 1**) y especialmente enfermedades del grupo TORCHS y otras congénitas, donde cabe destacar, por su frecuencia y capacidad para pasar desapercibida, la infección por citomegalovirus (CMV). Aquí, el pediatra tiene un papel importante en el diagnóstico precoz de esta infección sobre la que conviene insistir, dado que este virus es una de las causas más frecuentes de sordera, a veces postnatal y progresiva, además de no estar incluida su detección en los controles habituales a las gestantes.

El diagnóstico de la infección congénita por CMV se debe basar en el aislamiento del virus o la identificación de su genoma mediante PCR en diversas muestras biológicas en las primeras 2-3 semanas de vida. Esto podría tener especial interés en los recién nacidos que no superan el criba-

Sospecha familiar de sordera ^a	Meningitis bacteriana ^a
Historia familiar de sordera	Síndromes con sordera ^a
Hipotiroidismo	Enfermedades neurodegenerativas ^a
Estancia en UCIN > de 5 días	Anomalías craneofaciales ^a
Exposición a ototóxicos	Ventilación con membrana extracorpórea ^a
Ventilación asistida	Traumatismo craneal grave ^a
Otitis persistente	Hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión ^a
Infecciones perinatales (CMV, herpes, rubéola, sífilis y toxoplasmosis) ^a	Quimioterapia

^a Factor de muy alto riesgo de sordera posnatal.

Tabla 1. Factores de riesgo de hipoacusia infantil.

do neonatal. Está en discusión la recomendación de realizar cribado universal de la infección por CMV en orina (más exacto) o saliva (más factible), lo que permitiría captar aquellos neonatos que no son susceptibles de diagnóstico por ser infectados asintomáticos que tienen una primera determinación auditiva normal y pueden presentar sordera posterior.

2) Una detallada exploración física: tomando en consideración datos acerca de estigmas relacionados con hipoacusias sindrómicas y también el estado del oído medio.

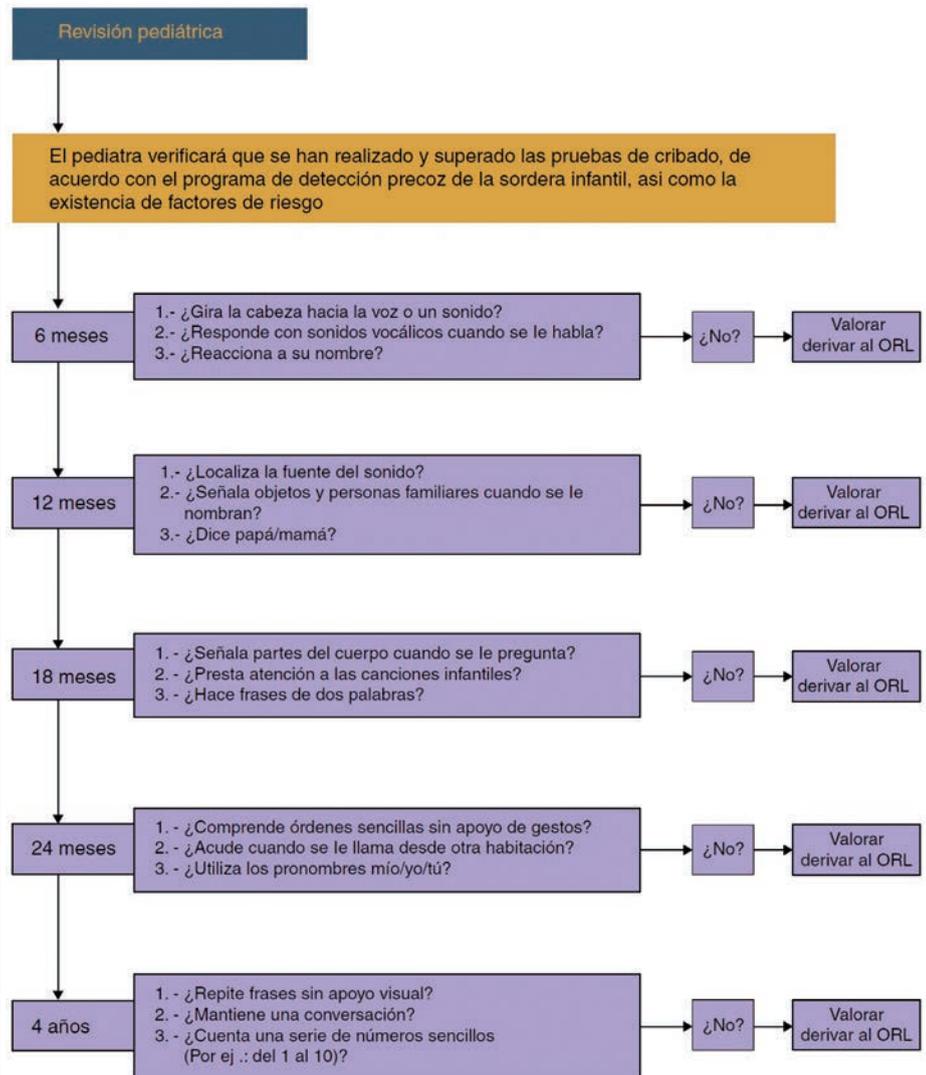
3) Una adecuada realización del protocolo de screening auditivo: esto implica informar a los padres de la importancia de la prueba, de sus características, del resultado y de la absoluta necesidad de repetirla en caso de que la primera prueba salga alterada, puesto que existe en la mayoría de programas una cantidad importante de niños perdidos en el seguimiento que pueden hacer fracasar el programa de screening. El pediatra es una pieza fundamental para disminuir la tasa de niños perdidos y debe insistir a la familia sobre la importancia de continuar la fase diagnóstica y de acudir a todas las citas médicas.

ATENCIÓN A LA ETAPA POST-NEONATAL HASTA LA ADOLESCENCIA

Hasta uno de cada diez niños con hipoacusia congénita requerirá detección por revisiones postnatales a pesar de tener protocolos de screening bien establecidos. Algunos trastornos auditivos en la infancia no son detectables en el cribado neonatal por no estar presentes todavía, como las hipoacusias de aparición tardía o las adquiridas, así como las hipoacusias que, aunque presentes congénitamente, no eran lo suficientemente graves como para detectarlas en ese momento.

Al final, la prevalencia de hipoacusia infantil en la etapa escolar duplica aproximadamente la esperada en la etapa neonatal, lo que implica que muchos casos necesitan diagnóstico tardío y por lo tanto algún protocolo que los pueda captar. El pediatra de Atención Primaria es fundamental para el seguimiento del correcto desarrollo auditivo y de las habilidades comunicativas de todos los niños dentro de los programas de salud a lo largo de todo su desarrollo. De la misma manera, es importante para la identificación de los niños con riesgo de pérdida auditiva prelingual de comienzo postneonatal (congénito o adquirido) y para planear un seguimiento adaptado e individualizado al sujeto y su patología. Además, como ya se ha comentado, los programas de despistaje neonatal tienen su talón de Aquiles con la tasa de abandonos en el seguimiento de los niños con despistaje alterado al nacer, lo que hace más necesario algún tipo de reevaluación pediátrica que permita captar estas pérdidas del programa.

Incluso se deberían plantear programas de screening preescolar y escolar que ya han demostrado su utilidad.



Dentro de CODEPEH (Núñez et. ál.) (2014): "Sorderas diferidas y sobrevenidas en la infancia: recomendaciones CODEPEH 2014". Revista FIAPAS, octubre-diciembre 2014, nº151, Separata.

Figura 1. Pautas para detectar problemas de audición en la infancia.

VIGILANCIA Y CRIBADO

La recomendación de la CODEPEH para los equipos pediátricos es llevar a cabo una vigilancia y un programa de cribado en Atención Primaria, además del despistaje neonatal, que de forma ideal se encargaría de las siguientes actividades:

1) En cada visita periódica del programa del niño sano, se deben evaluar las habilidades auditivas, el estatus del oído medio y los hitos del desarrollo. Es recomendable que se utilice el algoritmo propuesto por la CODEPEH (3) para aplicarlo a los 6, 12, 18, 24 y 48 meses de edad (**Figura 1**).

Si un niño no pasa la evaluación debe ser inmediatamente derivado a una Unidad de Hipoacusia u ORL con el fin de ser estudiado.

Tras confirmar una hipoacusia en un niño, sus hermanos son considerados como de alto riesgo de sordera y deben ser sometidos a una evaluación audiológica.

2) Todos los niños con un indicador de riesgo de hipoacusia (**Tabla 1**), independientemente de los hallazgos en su seguimiento, deben ser remitidos para una evaluación audiológica al menos una vez entre los 24 y 30 meses de edad. Aquellos niños

con indicadores de riesgo muy asociados con la hipoacusia de desarrollo diferido deben ser sometidos a más frecuentes evaluaciones audiológicas.

3) Todos los niños en cuya familia exista una preocupación significativa acerca de su audición o comunicación, deben ser remitidos sin retraso para las pertinentes valoraciones audiológicas y del lenguaje independientemente de su edad. Con más razón si la sospecha parte del pediatra o el educador.

4) Se recomienda un cuidadoso examen del estado del oído medio en todas las revisiones del niño sano, y aquellos niños en los que se compruebe una otitis serosa (OMS) durante más de 3 meses seguidos han de ser remitidos para una evaluación otológica. Durante ese periodo, se recomienda explicar a los padres que la mejor opción es una espera vigilante dada la inutilidad de todos los tratamientos médicos actuales para la resolución de la OMS.

5) Los niños con anomalías del desarrollo y del comportamiento deben ser evaluados en la esfera auditiva al menos una vez por el ORL prestando especial atención a las otitis serosas recidivantes o persistentes que pueden empeorar su pronóstico.

6) En niños mayores se debe educar para preservar la salud auditiva con el empleo de adecuado volumen en los medios audiovisuales o el uso del casco cuando estén en riesgo de sufrir un traumatismo craneoencefálico como cuando utilicen vehículos (bicicletas, motocicletas...) o hagan deportes de riesgo.

7) En aquellos casos seleccionados con hipoacusia comprobada conviene realizar, en coordinación con el ORL, la determinación de hormonas tiroideas, análisis de orina u otras determinaciones analíticas orientadas a la detección de síndromes concretos, también las pruebas genéticas (si procede) y el estudio de la infección por CMV según sospecha clínica.

8) Se debe valorar la realización de electrocardiograma (ECG) en aquellos niños sordos con síncope. También es conveniente una valoración oftalmológica en todos los niños con hipoacusia.

CONTROL Y COORDINACIÓN

El equipo pediátrico juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de la sordera ya desde el periodo neonatal donde mayoritariamente se encarga del protocolo de screening auditivo neonatal y sigue después en todas las fases de desarrollo infantil con una vigilancia estrecha de la salud

El pediatra de Atención Primaria es fundamental para el seguimiento del correcto desarrollo auditivo y de las habilidades comunicativas de todos los niños dentro de los programas de salud a lo largo de todo su desarrollo

auditiva que permite detectar su alteración de forma precoz para poder derivar al especialista correspondiente (ORL, etc.).

El pediatra es una pieza del engranaje sanitario muy relacionada con la familia por lo que está en una situación envidiable para poder controlar todo el proceso diagnóstico del niño con hipoacusia ofreciendo información y orientación a los padres e insistiendo sobre la necesidad de seguir todo el esquema diagnóstico, además de coordinar los distintos especialistas que intervienen en el mejor pronóstico del niño sordo (ORL, Neuropediatras, Oftalmólogos...), dado que el manejo es siempre multidisciplinar. 

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CODEPEH (Trinidad et. ál.) (2010): "Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil para 2010". Revista FIAPAS, noviembre-diciembre 2010, nº131, Separata. Madrid.
- 2.- Faustino Núñez Batalla, Germán Trinidad Ramos, José Miguel Sequí Canet, Valentín Alzina De Aguilar, Carmen Jáudenes Casaubón. Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil (CODEPEH). Indicadores de riesgo de hipoacusia neurosensorial infantil. Acta Otorrinolaringol Esp; 63(5): 382-390, sep.-oct. 2012. tab
- 3.- CODEPEH (Núñez et. ál.) (2014): "Sorderas diferidas y sobrevenidas en la infancia: recomendaciones CODEPEH 2014". Revista FIAPAS, octubre-diciembre 2014, nº151, Separata (3ª ec.). Madrid, FIAPAS 2016.
- 4.- CODEPEH (Núñez et. ál.) (2015): "Diagnóstico etiológico de la sordera infantil: recomendaciones CODEPEH 2015". Revista FIAPAS, octubre-diciembre 2015, nº155, Separata. (2ª ed.). Madrid, FIAPAS 2016.