

El impacto en salud del programa de Cribado Neonatal en Euskadi. Cribado de hipoacusia

Euskadiko Jaioberriaren Baheketa programak osasunean duen eragina. Hipoakusiaren baheketa.

J.A. Municio, M. Jimenez, G.A. García

Hospital Universitario de Cruces

INTRODUCCIÓN

El cribado de la hipoacusia es muy diferente técnicamente de los demás cribados neonatales. Tal vez por ello haya habido siempre cierta reticencia para incluirnos de forma oficial junto a los demás cribados neonatales. El cribado de la hipoacusia empezó, no sin dificultades, en junio de 2003 tras una orden del Consejo Interterritorial de Salud en abril de ese mismo año y nuestra inclusión en el Consejo Asesor data de 2015.

Sin embargo, el cribado de la hipoacusia cumple sobradamente con todos los criterios que se exigen para hacer un cribado neonatal, a saber:

- Que existan test de cribado sencillos y fiables.
- Que exista un tratamiento efectivo disponible.
- Que esté demostrado que el tratamiento precoz mejora el pronóstico.
- Que tenga una incidencia superior a 1/10.000-15.000 recién nacidos. La hipoacusia es la deficiencia sensorial congénita más frecuente. Según la OMS afecta a entre 15 y 60 de cada 10.000 recién nacidos.

Previamente a la instauración de este cribado el diagnóstico de hipoacusia se hacía entre los 2 y los 3 años, incluso más tarde en algunos casos. Esto hacía que perdiésemos ese periodo crítico de formación de las áreas del lenguaje que son los primeros 3-4 años de vida del niño.

La audición es fundamental en la adquisición del lenguaje y por tanto en la capacidad de comunicarnos y expresar pensamientos complejos, una de las características fundamentales de lo humano. Además, este hándicap produce también alteraciones emocionales, cognitivas y sociales que hay que tener en cuenta.

EL CRIBADO AUDITIVO EN EUSKADI

En nuestro ámbito el cribado comenzó de forma oficial en junio de 2003 pero con escasos medios y poco apoyo. En 2008 pedimos una beca para estudiar cómo podíamos mejorar este cribado y vimos que estábamos perdiendo más niños de los deseables por hacerlo en

4 fases, que la base de datos no nos servía para llevar un control del cribado, que no había una buena información a los padres, que no garantizábamos tras el cribado la realización de un buen diagnóstico ni un tratamiento adecuado y similar en los tres territorios, etc. Esto hizo que se decidiese cambiar el protocolo de cribado auditivo en 2013 solicitando de nuevo nuestra inclusión en el Consejo Asesor y la utilización de su base de datos.

Desde 2014 el cribado auditivo se hace en dos fases: una única de cribado con potenciales auditivos automatizados y otras de confirmación con potenciales auditivos de tronco cerebral. Y desde 2015 formamos parte del Consejo Asesor.

CRITERIOS DE CALIDAD Y EFICACIA

Según la CODEPEH, los criterios de calidad que debe tener un buen cribado son:

- Se debe realizar a más del 95% de todos los RN. En Euskadi la cobertura está entre el 99,59 y el 99,97%, una de las más altas de todas las Comunidades.
- Se deben detectar todos los casos de hipoacusias con umbrales iguales o mayores a 40 dB. El umbral máximo lo establecimos en 35 dB.
- La tasa de falsos positivos debe ser menor del 3% (es menor de 1) y de falsos negativos debe tender a cero.
- La tasa de niños perdidos debe ser menor del 5%. Actualmente es del 2%.
- El diagnóstico definitivo y la intervención se debe realizar antes de los 6 meses de vida. Esto se consigue en casi todos los casos; solo es imposible en niños con otros problemas asociados.

El cribado auditivo en Euskadi cumple sobradamente en estos momentos con todos los criterios de calidad y eficacia establecidos.

RESULTADOS

Desde 2014 los datos de niños que no han pasado el cribado auditivo han sido los siguientes (Tabla I).

TABLA I.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RN	19.531	18.992	18.567	17.619	16.425	15.681	14.994	14.549
o/oo	1,9	2,3	1,9	2,1	2,0	1,5	2,21	2,77
Nº niños	37	43	36	37	32	24	34	40

TABLA II.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Unilateral	22	13	15	9	15	23	97
Bilateral	14	19	12	12	19	17	93
Total	36	32	27	21	34	40	190

TABLA III

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
HNS	23	24	9	11	22	28	129
HNS + HT	0	3	3	2	4	0	12
HT serosa	8	4	13	7	5	10	47
HT MCong	5	1	2	1	3	2	14

TABLA IV.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Unilaterales							
Leve	2	1	3	5	2	5	18
Mod	8	7	9	2	6	13	45
Severa	4	1	2	0	3	2	12
Profunda	8	4	1	2	4	3	22
TOTAL	22	13	15	9	15	23	97
Bilaterales							
Lev-lev	1	0	0	1	0	1	3
Lev-mod	0	1	4	2	5	0	12
Lev-sev	0	0	0	0	0	0	0
Lev-prof	0	0	0	0	2	0	2
Mod-mod	6	8	5	3	6	4	32
Mod-sev	1	1	0	0	1	3	6
Mod-prof	0	1	0	1	1	1	4
Sev-sev	0	0	0	3	0	2	5
Sev-prof	2	3	2	1	1	2	11
Prof-prof	4	5	1	1	3	4	18
TOTAL	14	19	12	12	19	17	93

Dentro de estos resultados, corresponden a niños con factores de riesgo de hipoacusia el 44,74%, muy cerca del 50% referido en la literatura.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS

En los últimos 6 años, que son de los que tenemos datos suficientes para poder hacer un seguimiento, se han diagnosticado a través del cribado un total de 202 niños con hipoacusia. De ellos tenemos seguimiento de 190 niños (Tabla II).

Todos estos niños se han podido beneficiar de un diagnóstico y un tratamiento precoces.

Si hacemos un estudio más pormenorizado del diagnóstico de todos estos niños encontramos:

- Por tipo de hipoacusia (Tabla III).
- Por la intensidad de la hipoacusia (Tabla IV).

Observamos que, en las hipoacusias bilaterales, la mayor parte de los casos diagnosticados corresponden a niños con umbrales mayores de 40 dB en ambos oídos, lo que está demostrado que repercute de una forma considerable en el desarrollo del lenguaje y cognitivo.

La mayor parte de los casos corresponden a hipoacusias neurosensoriales, en 12 casos asociadas además a hipoacusias de transmisión. 47 casos corresponden a hipoacusias de transmisión por acúmulo de moco en oído medio (otitis serosas) y en 14 la hipoacusia de transmisión estaba provocada por malformaciones congénitas del oído.

Los tratamientos recibidos por estos niños han sido los mostrados en la tabla V.

Los tratamientos conservadores se han utilizado fundamentalmente en niños con hipoacusias unilaterales y algunas otitis serosas leves. Los audífonos en las moderadas-severas, los implantes cocleares en las profundas y los osteointegrados en las malformaciones del oído medio-externo y en algunas unilaterales.

Los resultados en salud de estos tratamientos los hemos medido en relación a la evolución del lenguaje (Tabla VI).

TABLA V. TRATAMIENTOS.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Audífonos	5	6	3	8	14	10	46
Implantes cocleares	9	8	3	2	4	4	30
Implantes osteointegrados	2	5	1	0	3	4	15
DTTs	4	6	8	4	8	2	32
Rechazan tratamiento	5	2	3	0	1	1	12
Conservador	8	5	13	7	8	14	55

TABLA VI. EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE.

	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Normal	17	18	20	10	26	91 (70%)
Retraso leve	6	7	1	5	2	21
Retraso moderado	3	4	2	2	0	11
Retraso severo	4	1	1	1	0	7
Fallecen	3	1	1	1	0	6
No seguimiento	3	1	2	2	2	10

Globalmente, la mayor parte de estos niños (70%) consiguen una buena evolución del lenguaje, teniendo un retraso leve el 16,15%, un retraso moderado el 8,46% y uno severo el 5,38%. Teniendo en cuenta que, en algunos

casos, estos niños además de su hipoacusia tienen otros trastornos que afectan también a su desarrollo cognitivo, parece un porcentaje muy pequeño el de pacientes con retraso en el lenguaje.

COSAS A TENER EN CUENTA

- a. De nada sirve un buen cribado si no existe la posibilidad de realizar un diagnóstico correcto e iniciar un tratamiento integral lo antes posible.
- b. En la información, tratamiento y seguimiento de estos niños, además del ORL, tienen una gran importancia su pediatra de AP, logopeda, audioprotesista, educadores, asistentes sociales..., por lo que es muy importante la comunicación entre todos estos profesionales.
- c. Pasar la prueba del cribado auditivo no elimina la necesidad de seguir evaluando la audición y el desarrollo del lenguaje, ya que hasta un 20% de las hipoacusias prelocutivas son tardías (adquiridas, de comienzo tardío o progresivas).

CONCLUSIONES

El cribado neonatal universal de la hipoacusia ha demostrado tener un gran impacto en la salud de un número importante de niños, facilitando el comienzo de un tratamiento precoz y mejorando así su calidad de vida.