

# Editorial



## Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



### Editorial

## Retraso en la detección e intervención de la hipoacusia en niños en Colombia

## Delays in the detection and intervention of hearing loss in children in Colombia

Tatiana Garcia-Rey\*

\* Otorrinolaringóloga-otóloga, editora de la Revista Acta Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

En mi práctica médica profesional, en la que me desempeño como otorrinolaringóloga-otóloga, veo cada vez con más preocupación el retraso tan severo que tenemos para el diagnóstico de la hipoacusia neurosensorial congénita y, por la tanto, en su pronta y adecuada intervención. Todos los neonatos o recién nacidos deben recibir un tamizaje auditivo al nacer con el objetivo de realizar un tamizaje auditivo al mes de nacido, un diagnóstico a los tres meses e intervención a los seis meses (1). En Colombia, a pesar de que la Ley y el Ministerio de Salud tiene reglamentado el tamizaje auditivo universal, este desafortunadamente no se está llevando a cabo como debe ser.

La hipoacusia neurosensorial congénita, como ya ha sido previamente clasificada y descrita, tiene un origen genético en el 50 %, mientras que el otro 50 % es de origen no genético. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 15 % de la población mundial padece algún grado de pérdida auditiva; de estos, el 5,3 % corresponde a una pérdida auditiva discapacitante, que en niños se ha descrito como pérdidas auditivas iguales o superiores a 31dB con una prevalencia mundial en niños del 1,7 %, lo que correspondería aproximadamente a 32 millo-

nes de niños en el mundo. Según publicación de Korver y colaboradores, hacia 2010 1 a 2 de cada 1000 nacidos vivos estaría afectado con hipoacusia congénita bilateral severa a profunda, pero este número es 10 veces mayor en poblaciones con factores de riesgo como prematuridad, ictericia neonatal, entre otros (2). Según publicaciones del Dane de 2015 en Colombia, y basándonos en las estadísticas de la OMS, en Colombia nacen más o menos 227 000 niños al año y alrededor de 500 al año nacen con hipoacusia profunda (3). Sin embargo, en Colombia para 2014 el 63 % de los implantes se colocaron a los 3,5 años de edad y según cifras reportadas se detectan e implantan menos de 100 niños al año, una penetración de implante coclear muy inferior (alrededor del 20 %) (3). El problema radica en que si no se cuenta con un programa establecido de tamizaje diagnóstico e intervención temprana el diagnóstico en promedio se realizará a los 3 años, cuando ya existe un retraso del lenguaje. Por cada niño en quien no se detecta y que no se rehabilita a tiempo en la etapa de recién nacido/lactante, se genera un impacto negativo en ese niño/adolescente como un retraso del desarrollo del lenguaje, habla, aspecto socioemocional y logros académicos que, a su vez, implicará

Correspondencia:

Tatiana Garcia Rey

Correo electrónico: tatianagarey@gmail.com

en su edad adulta menores oportunidades de formación académica y desempeño laboral respecto a normoyentes.

En Estados Unidos desde 2000 se instauró un programa de tamizaje auditivo neonatal universal, es decir, que el procedimiento se realiza a todo niño nacido vivo y no solo aquel con factor de riesgo; para 2005 ya más del 95 % de los recién nacidos habían estado acobijados por el plan de tamizaje nacional. En Colombia, en 2005, el Congreso aprobó la Ley 982: Capítulo IX. Artículo 42 que establece: “Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare”. Posteriormente, en 2017 el Ministerio de Salud, en los lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa, insiste en que el tamizaje auditivo universal es de carácter obligatorio (5, 6). Sin embargo, estos centros de tamizaje auditivo solo se han implementado en muy pocos centros hospitalarios del país con una muy baja penetrancia.

Día a día en mi práctica médica veo con bastante frecuencia pacientes con diagnósticos tardíos e intervenciones después de los tres e inclusive cuatro años, edades en las que ya está demostrado que el rendimiento de un implante coclear nunca será igual a cuando se implanta a los 18 meses debido a la plasticidad neuronal.

Este es un llamado que quiero hacer a todos los profesionales de la salud, pero sobre todo a mis colegas otorrinolaringólogos, otólogos, audiólogos y fonoaudiólogos, ya que nosotros tenemos el conocimiento y sabemos de la importancia de que estos centros de tamizaje y la temprana intervención se implementen adecuadamente en los diferentes centros en donde operamos y nos desempeñamos a diario. Es nuestra responsabilidad presionar, divulgar y comunicar a las diferentes entidades e instituciones prestadoras de salud y demás colegas del área de salud que tienen el primer contacto con estos recién nacidos vivos, como médicos generales y pediatras, para que se conozca la importancia y el impacto negativo que se tiene cuando no se actúa a tiempo. Nuestra barrera actual es el desconocimiento de los beneficios, la importancia, la legislación vigente

con respecto al paciente sordo y la falta de acceso temprano a servicios de salud. Quiero invitarlos a que cada uno de nosotros nos esforcemos para que los derechos del paciente con hipoacusia se cumplan de forma pronta, rápida y efectiva. Tenemos que fomentar y promover que las instituciones crean y realicen un buen programa de tamizaje, detección e intervención para el paciente con hipoacusia.

## REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-21. doi: 10.1542/peds.2007-2333
2. Korver AM, Konings S, Dekker FW, Beers M, Wever CC, Frijns JH, et al. Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. *JAMA*. 2010;304(15):1701-8. doi: 10.1001/jama.2010.1501
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) [Internet]. Informe de rendición de cuentas. Dane 2014-2015; 2015. [Consultado en: julio 4 2022]. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/rendicion\\_cuentas/Informe%20Rendicion%20de%20cuentas%202015.pdf](https://www.dane.gov.co/files/rendicion_cuentas/Informe%20Rendicion%20de%20cuentas%202015.pdf)
4. Análisis de la situación auditiva y comunicativa en Colombia, Convenio 519 de 2015. [Internet]. Promoción y prevención, subdirección de enfermedades no transmisibles 2016; 2016. [Consultado en: julio 4 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-auditiva-2016.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos, ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Primera Edición; 2017.
6. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. (2017). ABECÉ, salud auditiva y comunicativa; 2017. [Consultado el 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abecesalud-auditiva-2017.pdf>