

PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: ESTADO DE LA CUESTIÓN

María del Carmen Martínez Pacheco.

Enfermera y madre de una niña con hipoacusia.

- TFM del Máster en ensayos clínicos (Universidad de Valencia).

- Trabajo dirigido por:
 - Dr. Ramón Camaño
 - Doctor José Miguel Sequí Canet, jefe de sección de pediatría del Hospital Francisco de Borja de Gandía y miembro de la Comisión de detección precoz de la hipoacusia infantil (CODEPEH).

Plan de la presentación



- I. Introducción.
- II. Objetivos.
- III. Metodología.
- IV. Resultados del estudio.
- V. Conclusiones y recomendaciones.



I. INTRODUCCIÓN.

Historia de los programas



- **Técnicas diagnósticas sensibilidad y especificidad :
OEA Y PEATC**
- **Intervención y tratamiento eficaces.**

- **1995:** CODEPEH como comité experto asesor del INSALUD.
 - **2002:** Fin de las transferencias de salud a las Comunidades Autónomas.

- **2003:** Contenidos básicos y mínimos programas.

Historia de los programas



- **Cada CC.AA** su protocolo/programa.
- **CODEPEH:** recomendaciones periódicas.
- **Ningún estudio publicado** en el que se describan los distintos programas puestos en marcha ni se comparen sus resultados a nivel nacional.



II. OBJETIVOS.

II. OBJETIVOS



- **O. General** : Describir los programas de detección precoz de la sordera de cada CCAA comparándolos con las recomendaciones realizadas por la CODEPEH hasta 2017 para obtener una imagen global de la situación de los programas en España.
- **Objetivos específicos:** analizar las recomendaciones realizadas por la CODEPEH hasta 2017.



III. METODOLOGÍA.

III. METODOLOGÍA



- **Primera fase:** análisis de los documentos oficiales y recomendaciones de la CODEPEH para extraer puntos clave a tener en cuenta en los programas, a partir de los cuales se elaboró una ficha de recogida de datos.
- **Segunda fase:** revisión sistemática de los programas de detección precoz de la hipoacusia de cada CCAA.

Documentos analizados en la primera fase

DOCUMENTOS MINISTERIO SANIDAD Y CODEPEH

1. Documento de consenso sobre contenidos básicos y mínimos para el establecimiento de Programas de Detección Precoz de la Sordera a nivel nacional.
 1. Regla del 1-3-6
2. Registro Mínimo de Datos que recoge los indicadores de cobertura, proceso y resultado de los Programas de Detección Precoz de la Sordera.
3. Libro blanco de la hipoacusia.

Documentos analizados en la primera fase

Actualizaciones de la CODEPEH

1. **2004:** Control de calidad de un programa de detección, diagnóstico e intervención precoz de la hipoacusia en recién nacidos.
2. **2010:** Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de Hipoacusias.
3. **2014:** Detección precoz de la hipoacusia diferida, diagnóstico audiológico y adaptación audio protésica y atención temprana.
4. **2015:** Diagnóstico etiológico de la sordera infantil.
5. **2016:** Diagnóstico y tratamiento de la otitis media secretora infantil: recomendaciones.
6. **2017:** Diagnóstico y tratamiento precoz de la hipoacusia unilateral o asimétrica en la infancia.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Tipo de documento:

ITEM ANALIZADO

TIPO DE PRUEBA/SI-NO	COMENTARIOS
----------------------	-------------

Fase de detección precoz en recién nacidos

1º prueba de cribado

2ª prueba de cribado

3ª prueba de cribado

Prueba de cribado todos los días del año

Fase de cribado finalizado al mes de vida

Prueba de recribado siembre bilaterales

Medidas específicas para niños con factores de riesgo (FR)

Factores de riesgo según la JICH 2007

PCR en saliva para CMV antes de las 2-3 semanas, en neonatos con prueba de cribado alterada.

Si ingreso en 1er mes de vida y FR repetir cribado antes del alta

PEATc al mes a los niños con FR de hipoacusia retrococlear (UCIN, CMV)

Los niños con FR seguimiento individualizado y como mínimo a los 24 y 48 meses.

Todos los niños con un FR, evaluación audiológica al menos una vez entre los 24 y 30 meses de edad.

Derivación a ORL de todos los niños que no superen las pruebas de lenguaje en el cribado global de los centros de salud.

Medidas específicas respecto a la Otitis Media Secretora		
Si OMS en niño con fallo en cribado, descartar hipoacusia neurosensorial tras resolución de la OMS.		
Descarta OMS en todos los niños con FR en el momento del diagnóstico del factor de riesgo, y a los 12-18 meses de edad.		
Prueba audiológica a los niños con FR en el momento del diagnóstico de OMS		
Prueba audiológica si la otitis media secretora se prolonga más de tres meses en cualquier niño.		
Fase de diagnóstico		
Fase de diagnóstico finalizada a los 3 meses de vida		
Diagnóstico etiológico de todos los niños con hipoacusia.		
Todos los niños con diagnóstico confirmado vistos por oftalmología al menos una vez		
En menores de 3 años, confirmación diagnóstica con al menos una prueba de PEAT		
Fase de tratamiento		
Inicio de tratamiento antes de los 6 meses de vida		
Incorporar la HU a los protocolos habituales de manejo de las pérdidas auditivas		
Identificar efecto de la HU o asimétrica sobre el niño para determinar tipo de apoyos necesarios.		
Garantizar el control auditivo regular en los casos de HU o asimétrica, dado alta prevalencia de progresión.		

Organización y coordinación del programa		
Cada centro de detección cuenta con una persona responsable		
Base de datos del programa		
Designar un responsable de programa de detección precoz en cada Comunidad Autónoma.		
Personal con titulación adecuada, formado y con experiencia en audiología infantil.		
Unidades de diagnóstico infantil especializadas		
INDICADORES PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA		
Más del 95% de recién nacidos cribados antes del mes de vida		
Más del 95% de recribados en niños que no pasan la primera prueba		
Al menos 90% de confirmación diagnóstica antes de los 3 meses de vida		
95% de niños con pérdida congénita de aparición tardía o adquirida tratados antes de 45 días desde el diagnóstico.		
Tasa de falsos positivos inferior o igual al 3%		
Tasa de falsos negativos tendente a 0%		
Tasa de remisión para estudio ORL inferior al 4%		
Diagnóstico definitivo y tratamiento antes de los 6 meses de vida.		
Número de niños con hipoacusias no sindrómicas con adecuado desarrollo del lenguaje y habilidades comunicativas antes del inicio de la edad escolar.		
PARTICULARIDADES DEL PROGRAMA		

III. METODOLOGÍA

- Población de estudio: Programas de detección precoz publicados en los portales de salud de cada CCAA o facilitados directamente por las CCAA entre marzo y junio de 2018.
- Muestra:
 - ▣ **Incluidos**: documentos 16 CCAA
 - ▣ **Excluidos**: La Rioja y las ciudades de Ceuta y Melilla.

Muestra : programas de las CCAA

Programas publicados en los portales de salud

- Andalucía 2003.
- Asturias 2002.
- Cantabria 2013.
- Castilla la Mancha 2017.
- Castilla y León 2004.
- Cataluña 2010.
- Galicia 2002.
- Madrid 2006.
- Murcia 2012.
- Navarra 2014.
- País Vasco 2016.

Programas aportados por personal de los programas.

- IIs Balears 2018.
- Extremadura 2017.

Documentos afines.

- Aragón: RD 2007.
- Canarias: artículo resultados 2012.
- Comunidad valenciana 2012

COMUNIDADES NO ANALIZADAS

- La Rioja.
- Ceuta y Melilla.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO



- Los resultados y conclusiones que se presentan están basados en la información disponible y de acceso público o facilitada por personal de los programas, pueden no reflejar la realidad diaria de las CC.AA.
- No se han podido analizar los programas de todas las CCAA ni todos los elementos que deberían incluir los programas.



IV. RESULTADOS



ESTRATEGIA DE CRIBABO

Primera prueba de cribado



NÚMERO DE PRUEBAS DE CRIBADO

1 prueba: 2 CCAA

2 pruebas: 9 CCAA

Galicia
Cantabria
Cataluña
Castilla y León
Castilla la Mancha
Extremadura
Andalucía
Ils Balears
Islas Canarias

País Vasco
Madrid

3 pruebas: 5 CCAA

Asturias
Navarra
Aragón
Comunidad Valenci
Murcia





REGLA DEL 1-3-6

DETECCIÓN AL MES DE VIDA

DETECCIÓN AL MES: 10 CCAA

Galicia
Cantabria
País Vasco
Cataluña
Comunidad Valenciana
Ils Balears
Castilla y León
Castilla la Mancha
Madrid
Murcia

FIN FASE CRIBADO AL MES

■	SI
■	NO
■	ND



DIAGNÓSTICO A LOS TRES MESES

DX A LOS 3 MESES: 8 CCAA

Galicia
Cantabria
País Vasco
Cataluña
Comunidad Valenciana
Ils Balears
Castilla y León
Castilla la Mancha
Madrid
Murcia

FIN FASE DIAGNÓSTICO A LOS 3 MESES

■ SI
■ NO
■ ND



TRATAMIENTO A LOS 6 MESES

TRATAMIENTO ANTES 6 MESES: 12 CCAA

Galicia
Asturias
País Vasco
Navarra
Cataluña
Comunidad Valenciana
Ils Balears
Castilla y León
Castilla la Mancha
Madrid
Andalucía
Murcia

INICIO TRATAMIENTO A LOS 6 MESES

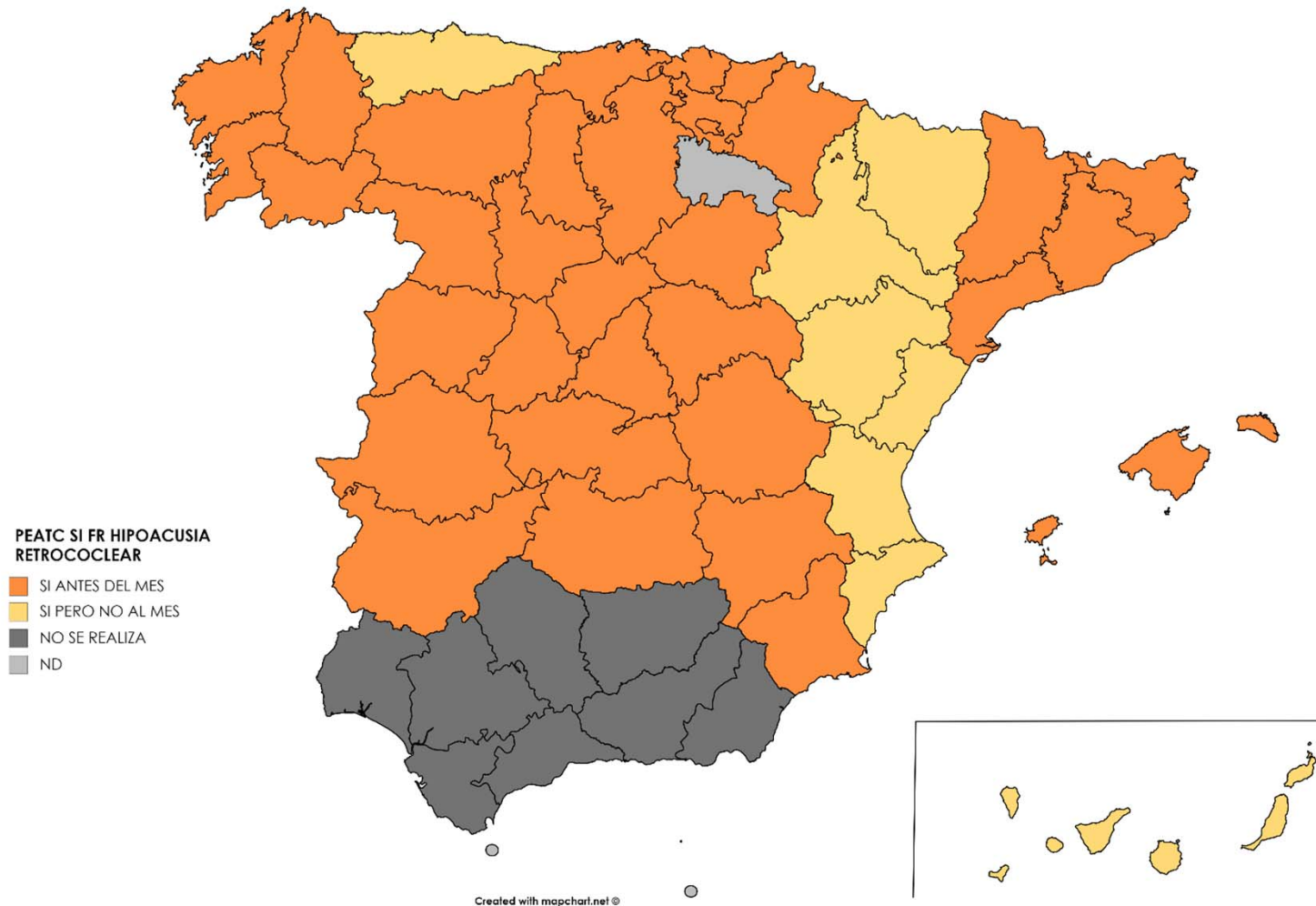
■ SI
■ NO
■ ND





MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO

PEATC al mes a los niños con FR de hipoacusia retrococlear



SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO HASTA LOS 48 MESES Y EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA A LOS 24-30 MESES.

Seguimiento individualizado: 11 CCAA

Asturias
País Vasco
Navarra
Cataluña
Comunidad Valenciana
Ils Balears
Islas Canarias
Castilla y León
Castilla la Mancha
Madrid
Extremadura

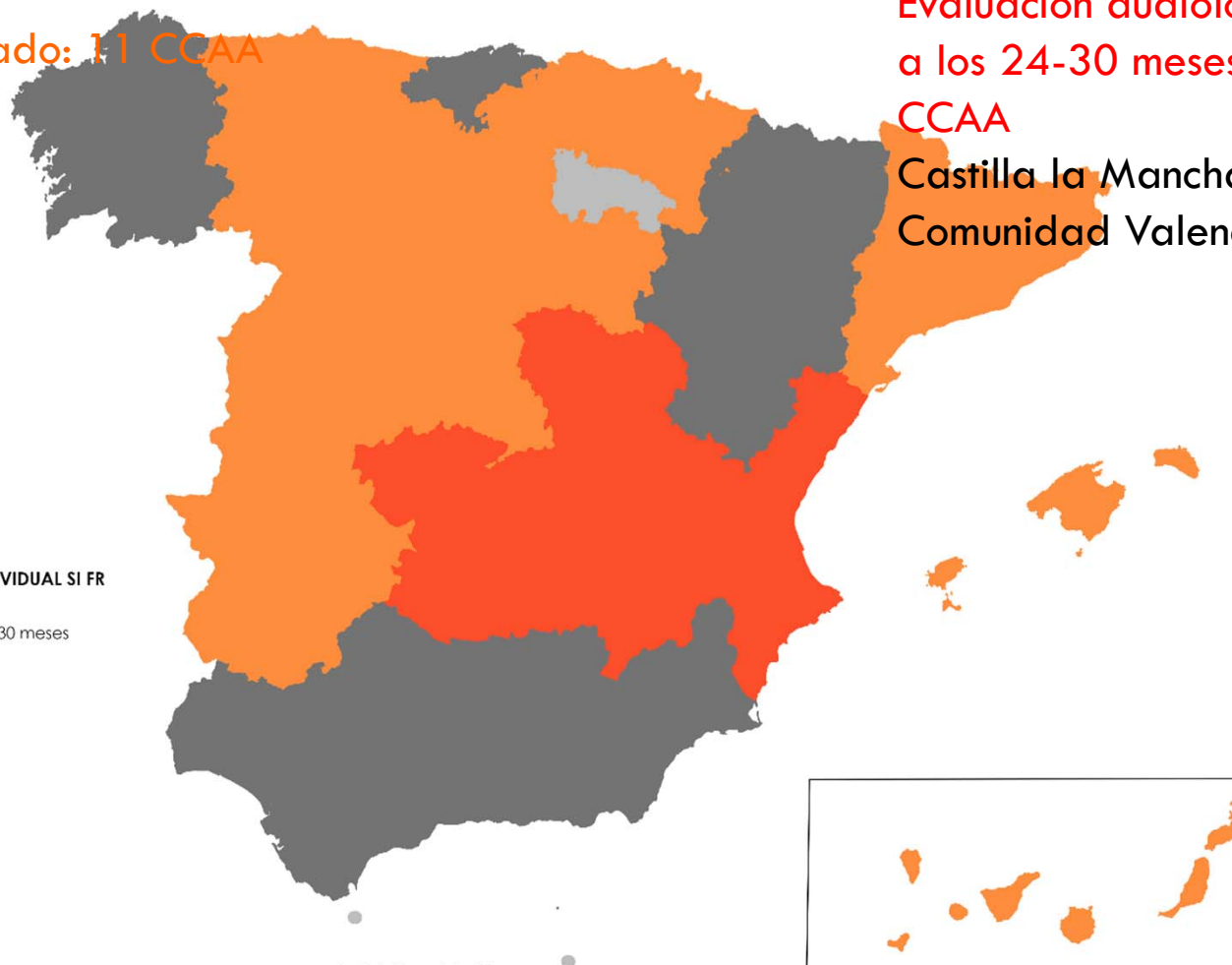
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL SI FR
DE HIPOACUSIA

■ SI + Ev audio 24-30 meses
■ SI
■ NO
■ ND

Evaluación audiológica
a los 24-30 meses: 2

CCAA

Castilla la Mancha
Comunidad Valenciana



Prueba para CMV antes de las 2-3 semanas de vida si cribado alterado.





**MEDIDAS ESPECÍFICAS RESPECTO AL MANEJO
DE LA OTITIS MEDIA SECRETORA (OMS) EN
RELACIÓN CON LA HIPOACUSIA.**

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN OMS (CODEPEH 2016)

- Si OMS en un niño con fallo en cribado, descartar hipoacusia neurosensorial tras resolución de la OMS.
- Descartar OMS en todos los niños con FR en el momento del diagnóstico del factor de riesgo y a los 12-18 meses de edad.
- Prueba audiológica a los niños con FR en el momento del diagnóstico de OMS.
- Prueba audiológica si la OMS se prolonga más de tres meses en cualquier niño.

NINGUNA COMUNIDAD AUTÓNOMA INCORPORA ALGUNA DE LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA EL MANEJO DE LA OMS.

Solo **Asturias** menciona este aspecto.



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Diagnóstico etiológico: 8 CCAA

Asturias
País Vasco
Navarra
Cataluña
Castilla y León
Castilla la Mancha
Madrid
Andalucía

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

SI
NO
ND



Revisión oftalmológica

Navarra
País Vasco

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS HIPOACUSIAS UNILATERALES

HIPOACUSIA UNILATERAL:

3 CCAA

País Vasco

Navarra


Castilla y León

DX Y TTO HIPOACUSIAS UNILATERALES





ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE LOS PROGRAMAS



Casi todas las comunidades tienen una base de datos específica y contemplan la necesidad de tener una unidad especializada de diagnóstico infantil con personal formado y titulación adecuada.

Solo 4 CCAA contemplan la necesidad de tener una persona **responsable del programa a nivel regional**.
(Galicia, Murcia, Castilla y León y Navarra)



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA: INDICADORES

INDICADORES ANALIZADOS



1. 95% De RN cribados antes del mes.
2. 95% de RN recribados.
3. 90% de confirmación diagnóstica antes de 3 meses de vida.
4. Falsos positivos inferior al 4%
5. Falsos negativos tendentes a 0%
6. Revisión a ORL inferior al 4%
7. Dx definitivo y tratamiento antes de los 6 meses de vida.
8. 95% de hipoacusias adquirida o tardía en tratamiento antes de 45 días.
9. N° de niños con hipoacusia con adecuado desarrollo del lenguaje.

Nº DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

7-9 Indicadores:

Asturias
Madrid
Murcia

NINGUNA CCAA incorpora el indicador de puesta en tratamiento en 45 días de los niños con hipoacusia adquirida o tardía

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- 7-9 indicadores
- 4-6 indicadores
- 1-3 indicadores
- NO
- ND

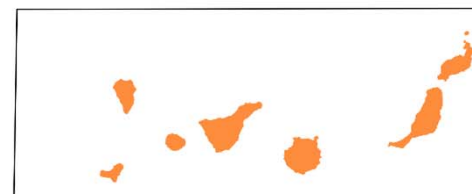
Solo Asturias y Castilla y León prevén la evaluación del programa a través de un indicador que mida la consecución de un adecuado desarrollo del lenguaje.

4-6 Indicadores: 8 CCAA

Galicia
Cantabria
País Vasco
Cataluña
Castilla y León
Castilla la Mancha
Comunidad Valenciana
Islas Canarias

< 3 Indicadores: 1 CCAA:

Andalucía





V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La situación actual del cribado auditivo en España ha progresado mucho en estos 15 años, sin embargo:

- Hay un gran **desconocimiento** de la marcha y resultados de los programas en activo.
- Existe una gran **heterogeneidad** de desarrollos que impide sacar conclusiones válidas y mejorar los protocolos actuales.
 - ▣ De la información analizada surgen las siguientes recomendaciones

Recomendación 1:

- Inclusión de las novedades científicas respecto al diagnóstico etiológico (CMV ...) y al seguimientos de niños con riesgo post-cribado (OMS, sordera unilateral, etc..).
- Estrategia autonómica de actualización de programa periódica y efectiva en toda la red sanitaria.

Recomendación 2:



- Elaboración de un protocolo común de ámbito nacional.
- Base datos nacional compartida.

Recomendación 3:

- Imprescindible el responsable a nivel autonómico.
- Necesidad de un comité nacional con los responsables técnicos y políticos de todas las comunidades y la CODEPEH como organismo científico.

MUCHAS
GRACIAS

