

¿Detección de hipoacusia sólo en neonatos de riesgo?

Sr. Editor:

A propósito del artículo de J. González de Dios et al¹ referente a la detección precoz de la hipoacusia, me gustaría comentar que existe mucha gente en este país que intenta mejorar el pronóstico final de un neonato (RN) sin riesgo, que nace sordo (yo mismo llevo más de 15 años en ello), y que creemos que el cribado universal es imprescindible. Por esa razón, en EE.UU. se realiza actualmente en el 90% de los recién nacidos^{2,3}. Lo que sí es discutible, es la forma de hacerlo con el máximo rendimiento y mínimo coste, ahí sí hay mucho por andar, pero vamos por buen camino.

Este artículo se nota que *a priori* está en contra del cribado. Utiliza los números que quiere, adornados de estadística irrefutable, para discutir lo indiscutible. Además sin plantear alternativas reales, que mejoren las necesidades de diagnóstico precoz que tenemos en los RN, sin factores de riesgo, que nacen afectados (más del 50% del total).

Se cita a Bess y Paradise⁴, en un artículo de hace 14 años, cuando las técnicas y programas de detección estaban en fase de inicio. Ambos aspectos, han mejorado en ese tiempo de forma espectacular. Así mismo, el artículo citado¹, se basa casi por completo en uno de la USPSTF del año 2001, que cae en el mismo error, y no son referente actual para los expertos en el tema. Incluso existen algunas cifras erróneas que fundamentan toda la discusión, que me veo obligado a reseñar.

Los datos contrastados^{2,3} entorno a la detección de hipoacusia, son que la incidencia es superior al 2-3 por mil y no del 1 por mil que se cita (aún así, mayor que otros defectos con programas establecidos). Los factores de riesgo detectan menos del 50% de los afectados (y no el 66%), lo que justifica que el cribado sea universal. Así, Connolly et al⁵ en 2005, estudia más de 17.000 RN y detecta 1 sordo en 811 sanos y 1 sordo de 75 de riesgo. Estudios más amplios como Finitzo et al⁶ sobre > 54.000 RN, detecta una incidencia del 3 por mil. Johnson et al² cita un 2 por mil, sobre cifra similar de RN y De Michele y Ruth⁷, refieren un 2-4 por mil. En España, estudios recientes en Gijón⁸ y Cantabria⁹, detectan 6 y 13 por mil (en 6.000 y 8.000 RN). En estos mismos estudios, constan cifras de valor predictivo positivo (VPP) del 50% para cualquier tipo de hipoacusia (y no del 2-6%). Esto concuerda con la mayoría de autores y experiencias, que muestran que más del 50% de los RN remitidos a potenciales presentan alteraciones auditivas que seguir, aunque no todas sean déficit severos. Este detalle (que es conocido por González de Dios, pues lo refiere en una carta al director en otra publicación¹⁰ en 2005), es crucial, pues anula todas las consideraciones que se citan posteriormente. Sobre todo respecto a los potenciales efectos adversos de los falsos positivos, por sobrediagnóstico y ansiedad familiar (que los que trabajamos en detección, sabemos que se reduce a un mínimo si la información es correcta). En los estudios españoles citados, los falsos positivos oscilan entre 0,3 y 3,3%, cifras que son absolutamente admisibles para programas de detección, (hay que recordar que la detección no es diagnóstico, sólo pretende extraer de la población general, aquellos que tienen alta probabilidad de sufrir una enfermedad, y necesitan exploraciones más costosas).

Más adelante, se cita que sin programa de cribado, el diagnóstico de la sordera se realiza sobre los 13-16 meses, y con él sólo se adelanta 6 meses. Este es un error grave pues en muchísimos artículos sin cribado, se citan edades de diagnóstico de la mayoría de niños entorno a 2-2,5 años^{2,3}, (cuando la intervención es mejor hacerla antes de 6 meses). En un artículo muy reciente de Herrero et al¹¹, se confirma una edad media de 5 años. El adelanto tras la instauración de programas de detección, lo demuestra Connolly et al⁵, quien refiere una edad media de diagnóstico de 3,9 meses e intervención a los 6 meses. Además, el retraso en diagnóstico, condiciona un retraso en tratamiento y un peor resultado final, con un aumento de costes vitales y sociales, que se cifran alrededor de 1 millón de dólares por sujeto^{2,3,12}.

Al final, lo importante, es reflexionar si queremos parecernos a los países desarrollados, que diagnostican la sordera a los 3 meses y tratan a los 6 meses, o queremos seguir sin ninguna intención de mejorar, en base a justificaciones interesadas, de personas no implicadas directamente en el tema. A este respecto, cabe resaltar la oportunidad y mesura de la editorial de V. Alzina¹³, donde se reafirman los motivos que obligan al cribado universal, implicando la frecuencia de la patología, la mejora del resultado final y la necesidad de avanzar en la coordinación interdisciplinar para hacer una realidad el diagnóstico precoz de la hipoacusia.

J.M. Sequi Canet

Pediatra. Hospital Francesc de Borja.
Gandía. Valencia. España.

Correspondencia: Dr. J.M. Sequi Canet.
S. Francisco Borja, 49-1.º 46701 Gandía. Valencia. España.
Correo electrónico: sequi_jos@gva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Dios J, Mollar Maseres J, Rebagliato Russo M. Evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:230-7.
2. Johnson JL, White KR, Judith E, Widen JE, Gravel JS, James M, et al. A Multicenter Evaluation of How Many Infants With Permanent Hearing Loss Pass a Two-Stage Otoacoustic Emissions/Automated Auditory Brainstem Response Newborn Hearing Screening Protocol. *Pediatrics*. 2005;116:663-72.
3. Hearing loss association of America. Facts on hearing loss (en línea) (Fecha de Consulta 1-II-2006). Disponible en: http://www.hearingloss.org/html/hearing_loss_fact_sheets.html
4. Bess FH, Paradise JL. Universal screening for infant hearing impairment: Not simple, not risk-free, not necessarily beneficial and not presently justified. *Pediatrics*. 1994;93:330-4.
5. Connolly JL, Carron JD, Roark SD. Universal newborn hearing screening: Are we achieving the Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) objectives? *Laryngoscope*. 2005;115:232-6.
6. Finitzo T, Albright K, O'Neal J. The newborn with hearing loss: Detection in the nursery. *Pediatrics*. 1998;102:1452-60.
7. De Michele A, Ruth RA. Newborn Hearing Screening (en línea) (Fecha de Consulta: 1-II-2006). Disponible en: <http://www.emedicine.com/ent/topic576.htm>
8. Méndez Colunga JC, Álvarez Méndez JC, Carreño Villarreal JM, Álvarez Zapico MJ, Manrique Estrada C, Fernández Álvarez ML, et al. Despiñaje de la hipoacusia neonatal: resultados des-

pués de 3 años de iniciar nuestro programa. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2005;55:55-8.

9. González de Aledo Linos A, Bonilla Miera C, Morales Angulo C, Gómez Da Casa F, Barrasa Benito J. Cribado universal de la hipoacusia congénita en Cantabria: resultados de los dos primeros años. *An Pediatr (Barc).* 2005;62:135-40.
10. González de Dios J, Mollar Maseres J. Cribado universal de hipoacusia neonatal: evaluación de la prueba frente a evaluación del programa. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2005;56:331-4.
11. Herrero JD, Concha JA, Fernández N, Crespo M. Hipoacusia de detección postnatal. Circunstancias que precisan evaluación auditiva. *An Pediatr (Barc).* 2005;63:502-8.
12. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics.* 1998;102:1161-71.
13. Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc).* 2005;63:193-8.