

INDICACIONES DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS AUDÍFONOS POR EL OTORRINOLARINGÓLOGO

T. RIVERA, M^a C. TAPIA, A. MORANT, J. GÓMEZ

COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

El tratamiento de la hipoacusia se debe establecer lo más precozmente posible ya que influye de una forma directa sobre el lenguaje y, por tanto, en la vida personal y social de los individuos, y sobre todo en los niños donde el desarrollo de su lenguaje depende fundamentalmente de su función auditiva.

El otorrinolaringólogo es el especialista que debe realizar el diagnóstico de la hipoacusia y decidir el tratamiento de elección. Este tratamiento puede ser médico, quirúrgico o mediante la adaptación de prótesis auditivas. La prescripción de un audífono siempre se debe hacer a través y bajo la responsabilidad de un médico otorrinolaringólogo por imperativo legal (artículo 3.1 de la Ley del Medicamento). En el Real Decreto 414/1996 del 1 de Marzo en el B.O.E. núm. 99 consta que la prescripción del audífono debe realizarla un "facultativo especialista" y no especifica que sea un otorrinolaringólogo, por lo que estamos en desacuerdo con este aspecto del Real Decreto.

Una prótesis auditiva está indicada en cualquier tipo de hipoacusia que no sea recuperable con un tratamiento médico y/o quirúrgico. Por esta razón, son las hipoacusias neurosensoriales las más susceptibles a la adaptación protésica. Una pérdida auditiva de 40 dB en el mejor de los oídos requiere la adaptación de un audífono.

Para establecer el diagnóstico de hipoacusia debe realizarse un estudio audiológico completo que incluya unas pruebas básicas fundamentales, como:

- Otoscopia
- Audiometría tonal
- Audiometría verbal
 - Umbral de recepción verbal (URV)
 - Discriminación máxima y umbral de incomprensión.

No debe hacerse una indicación de una prescripción de un audífono sin haber realizado las pruebas

reflejadas anteriormente. Además podrán realizarse, según las necesidades de cada caso, otras pruebas complementarias como la determinación de la existencia de reclutamiento, impedanciometría, potenciales evocados auditivos,... En los niños se utilizará una audiometría conductual adaptada en cada caso a la edad y al grado de colaboración, para poder obtener el umbral de audición.

En el anexo I se detalla un protocolo de prescripción de audífonos elaborado por la Comisión de Audiología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología que sería recomendable realizar a todos los pacientes a los que se les prescriba una prótesis auditiva. En este protocolo se incluye el consentimiento informado para el paciente.

Las indicaciones de los audífonos según el grado de pérdida auditiva, basado en la clasificación de la hipoacusia de BIAP (Bureau Internacional de Audiofonología) (1997)¹ son las siguientes²:

- Hipoacusia leve (20-40 dB): es opcional y depende de las necesidades del paciente. En algunas ocasiones sólo se utiliza una parte del día.
- Hipoacusia moderada (40-70 dB): en estos casos la amplificación es necesaria.
- Hipoacusia severa (70-90 dB) y profunda (> 90 dB): la amplificación es imprescindible para que sea posible la comunicación del paciente.

Una vez que hemos decidido que debe realizarse la adaptación de una prótesis, el siguiente paso es considerar si esta adaptación debe ser mono o binaural. Siempre que sea posible debemos considerar la posibilidad de la adaptación binaural, ya que mejorará la localización del foco sonoro y la inteligibilidad en ambiente ruidoso y en conversaciones de grupo.

Sin embargo la adaptación binaural no se debe realizar en las siguientes circunstancias^{3,4}: trastornos centrales auditivos, cofosis o muy mala inteligibilidad en uno de los oídos, diferencia de umbra-

les tonales en frecuencias conversacionales entre ambos oídos de 30 dB o superiores, diferencia de inteligibilidad entre ambos oídos de un 15% o superiores y la existencia de diplacusia.

Debemos considerar también algunas situacio-

nes en las cuales está contraindicada^{5,6} la prescripción y adaptación de una prótesis auditiva convencional, como en los casos de deformidad congénita o traumática del oído, pudiéndose en determinados pacientes prescribirse una adapta-

ANEXO I

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORL Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL
PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE AUDÍFONOS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO (1)

PACIENTE:

EDAD:

MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO

COLEGIADO N°

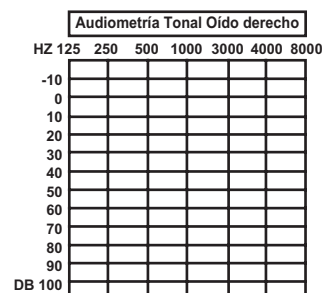
NOMBRE Y APELLIDOS

EXPLORACIÓN:

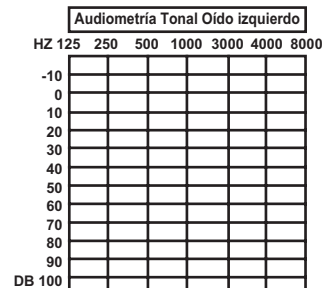
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	NORMAL	ESTENOSIS	PROCESO INFLAMATORIO	MODIFICACIÓN QUIRÚRGICA
DERECHO				
IZQUIERDO				

MEMBRANA TIMPÁNICA	NORMAL	PERFORACIÓN	MODIFICACIÓN QUIRÚRGICA
DERECHO			
IZQUIERDO			

OÍDO MEDIO	NORMAL	OTITIS MEDIA CRÓNICA	MODIFICACIÓN QUIRÚRGICA
DERECHO			
IZQUIERDO			



Umbral Recepción Verbal: dB
Discriminación máxima: %



Umbral Recepción Verbal: dB
Discriminación máxima: %

OTRAS EXPLORACIONES: (2)

RECOMENDACIONES: (3)

JUICIO CLÍNICO O.R.L.:

Fdo: MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO

Fecha de prescripción

(1): Consentimiento informado del paciente o su tutor:

Manifiesto que he sido informado por el médico otorrinolaringólogo que encabeza este protocolo de las características de la patología otológica y del tratamiento seguido en este proceso a los efectos del artículo 10 de la Ley General de Sanidad.

Firmado:

(2): Especificar: Timpanometría, reflejo estapedial, potenciales evocados auditivos, audiometría condicionada, TAC, RNM, etc.

(3): Binaural, monoaural, otras.

ción por vía ósea. Existen otras causas que se pueden considerar como contraindicaciones relativas y que deben ser valoradas en cada caso particular por el otorrinolaringólogo, como antecedentes de pérdida súbita de la audición o bien si ha sido rápidamente progresiva en los últimos tres meses, vértigo, otalgia o hipoacusia fluctuante.

Los otorrinolaringólogos podemos decidir o aconsejar el tipo de prótesis que debe adaptarse el paciente, si es retroauricular, intracanal, analógica o digital, aunque en este aspecto el audioprotesista como profesional asume esta parte del tratamiento rehabilitador. Además también es importante a la hora de prescribir una prótesis auditiva no sólo tener en cuenta factores audiológicos, sino también psicológicos. Es fundamental la motivación y acep-

tación de la hipoacusia por parte del paciente y realizar una adecuada información sobre las ventajas de una buena adaptación protésica. Quere-mos destacar también la importancia de la logope-dia en la rehabilitación auditiva en el tratamiento integral de la hipoacusia.

Creemos que es imprescindible la realiza-ción de un informe de prescripción del audífono por parte del otorrinolaringólogo, así como tam-bién un informe de adaptación por parte del au-dioprotesista. De la misma manera es necesario un seguimiento y control de eficacia del audífo-no por el audioprotesista que debe enviar al otorrinolaringólogo, quien se debe encargar además de verificar la correcta adaptación pro-tésica.

REFERENCIAS

- 1.- Recomendaciones del BIAP (Bu-reau International D'Audiophonolo-gie). Bruselas. 1997.
- 2.- Sweetow RW. Hearing aids and assistive listening devices. En: Jackler RK & Brackmann DE. Neurotology. Mosby-Year Book. St. Louis. 1994.
- 3.- García Mira J. La adaptación protésica. En: Angulo Jerez A, Blan-co JL y Mateos Álvarez F. Audiopró-tesis: Teoría y práctica. Masson. Barcelona. 1997.
- 4.- Palmer CV, Mueller HG. Hearing aid selection and assessment. En: Alpiner JG, McCarthy PA. Rehabili-tative Audiology. Lippincot Williams & Wilkins. Baltimore. 2000.
- 5.- Campbell K. Essential Audiology for Physicians. Singular Publishing Group Inc. San Diego. 1998.
- 6.- McCandless GA. Overview and rationale of threshold-based hearing aid selection procedures. En: Valen-te M. Strategies for selecting and verifying hearing aid fittings. Thie-me. New York. 1994.