

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia de Recomendaciones 2018 Guía de Práctica Clínica Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años, 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Hipoacusia en recién nacidos, niños y niñas menores de 4 años 2018, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factibles de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 22 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Etapa	Recomendaciones vigentes al 2018, de la GPC de Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años, 2013.
Tamizaje Auditivo	1. Se recomienda implementar Tamizaje Auditivo Universal (TAU) en el recién nacido para detección temprana de hipoacusia.
	2. Se recomienda utilizar Otoemisiones Acústicas (OEA) y/o Potenciales Auditivos Automatizados (AABR) en el proceso de Tamizaje Auditivo Universal.
	3. Se recomienda realizar una segunda prueba de tamizaje dentro del primer mes de vida en el grupo de niños que no pasa la primera prueba con el fin de reducir los falsos positivos.
	4. En el Tamizaje Auditivo Universal, se recomienda la implementación de dos momentos de aplicación de prueba de screening, utilizando en el primero OEA y en el segundo AABR.
	5. Se sugiere implementar sistemas de registro, seguimiento y rescate de niños que no completan las etapas del TAU o que no acceden al diagnóstico clínico y/o tratamiento.
Confirmación Diagnóstica	6. Se recomienda completar la etapa de diagnóstico de hipoacusia antes de los 3 meses de vida del niño.
	7. Las pruebas diagnósticas a realizar inicialmente son la Impedanciometría de alta frecuencia y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) estímulo burst.
	8. Si la Impedanciometría muestra curva A para ambos oídos el niño/a será enviado a PEATC y, con aquel resultado, a evaluación por otorrinolaringólogo. En caso de curva B o C, irá directamente a evaluación médica de ORL.
	9. Si mediante PEATC se detectan umbrales en 40dB o menos en ambos oídos se descarta hipoacusia y se sugiere que el niño/a salga del programa de detección y diagnóstico oportuno con la información correspondiente.
	10. Si mediante PEATC se detectan umbrales sobre los 40dB en uno o ambos oídos, se confirma la hipoacusia y se cita para nuevo PEATC en 3 meses a fin de confirmar y afinar umbrales.
	11. Tanto la implementación auditiva como la intervención terapéutica se recomienda iniciarlas antes de los 6 meses de edad corregida.

Implementación auditiva / Intervención inicial	12. Para la selección e indicación de audioprótesis, se sugiere realizar una exploración específica que conste de Audiometría conductual, evaluación otorrinolaringológica, evaluación fonoaudiológica (comunicativa) y estudios complementarios.
	13. Se sugiere que las patologías de oído externo y medio, factibles de ser tratadas, se resuelvan previo a la adaptación de audioprótesis.
	14. Se recomienda la adaptación audioprótesis para vía ósea en los niños/as con agenesia de conducto auditivo externo.
	15. Se recomienda la adaptación de audífonos en niños/as con hipoacusia leve, moderada y un grupo de aquellos con hipoacusia severa.
	16. Se sugiere que la adaptación de audífonos en niños/as considere: adaptación bilateral, audífonos retroauriculares, digitales, al menos 6 canales, livianos, opciones para acceso a dispositivos de ayuda, características de seguridad y ganancia adecuada.
	17. Se recomienda el Implante Coclear en todos los niños/as con hipoacusia severa o profunda que no se benefician del uso de audífonos.
	18. Se sugiere realizar sesiones de habituación que incluyan información a los padres sobre el cuidado y manejo de los audífonos.
	19. Se recomienda confirmar la utilidad de los audífonos mediante audiometría de campo libre.
Habilitación auditiva - comunicativa	20. Se sugiere enfocar la intervención terapéutica, inicialmente, en recepción de lenguaje por vía auditiva y emisión verbal.
	21. Se sugiere consensuar los objetivos y curso de la terapia con los padres o cuidadores.
	22. La metodología de intervención terapéutica puede modificarse en función de la evolución del niño.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la GPC Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años 2013.

Etapa	Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Tamizaje Auditivo	1. Se recomienda implementar Tamizaje Auditivo Universal (TAU) en el recién nacido para detección temprana de hipoacusia.	A	Formulación adecuada
	2. Se recomienda utilizar Otoemisiones Acústicas (OEA) y/o Potenciales Auditivos Automatizados (AABR) en el proceso de Tamizaje Auditivo Universal.	A	Formulación adecuada
	3. Se recomienda realizar una segunda prueba de tamizaje dentro del primer mes de vida en el grupo de niños que no pasa la primera prueba con el fin de reducir los falsos positivos.	A	Formulación adecuada
	4. En el Tamizaje Auditivo Universal, se recomienda la implementación de dos momentos de aplicación de prueba de screening, utilizando en el primero OEA y en el segundo AABR.	A	Formulación adecuada
	5. Se sugiere implementar sistemas de registro, seguimiento y rescate de niños que no completan las etapas del TAU o que no acceden al diagnóstico clínico y/o tratamiento.	B	Formulación adecuada
Confirmación Diagnóstica	6. Se recomienda completar la etapa de diagnóstico de hipoacusia antes de los 3 meses de vida del niño.	A	Formulación adecuada
	7. Las pruebas diagnósticas a realizar inicialmente son la Impedanciometría de alta frecuencia y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) estímulo burst.	A	Formulación adecuada
	8. Si la Impedanciometría muestra curva A para ambos oídos el niño/a será enviado a PEATC y, con aquel resultado, a evaluación por otorrinolaringólogo. En caso de curva B o C, irá directamente a evaluación médica de ORL.	C	Formulación adecuada
9. Si mediante PEATC se detectan umbrales en 40dB o menos en ambos oídos se descarta hipoacusia y se	C	Formulación adecuada	

	sugiere que el niño/a salga del programa de detección y diagnóstico oportuno con la información correspondiente.		
	10. Si mediante PEATC se detectan umbrales sobre los 40dB en uno o ambos oídos, se confirma la hipoacusia y se cita para nuevo PEATC en 3 meses a fin de confirmar y afinar umbrales.	C	Formulación adecuada
Implementación auditiva / Intervención inicial	11. Tanto la implementación auditiva como la intervención terapéutica se recomienda iniciarlas antes de los 6 meses de edad corregida.	A	Formulación adecuada
	12. Para la selección e indicación de audioprótesis, se sugiere realizar una exploración específica que conste de Audiometría conductual, evaluación otorrinolaringológica, evaluación fonoaudiológica (comunicativa) y estudios complementarios.	C	Formulación adecuada
	13. Se sugiere que las patologías de oído externo y medio, factibles de ser tratadas, se resuelvan previo a la adaptación de audioprótesis.	C	Formulación adecuada
	14. Se recomienda la adaptación audioprótesis para vía ósea en los niños/as con agenesia de conducto auditivo externo.	A	Formulación adecuada
	15. Se recomienda la adaptación de audífonos en niños/as con hipoacusia leve, moderada y un grupo de aquellos con hipoacusia severa.	A	Formulación adecuada
	16. Se sugiere que la adaptación de audífonos en niños/as considere: adaptación bilateral, audífonos retroauriculares, digitales, al menos 6 canales, livianos, opciones para acceso a dispositivos de ayuda, características de seguridad y ganancia adecuada.	C	Formulación adecuada
	17. Se recomienda el Implante Coclear en todos los niños/as con hipoacusia severa o profunda que no se benefician del uso de audífonos.	A	Formulación adecuada
	18. Se sugiere realizar sesiones de habituación que incluyan información a los padres sobre el cuidado y manejo de los audífonos.	C	Formulación adecuada

	19. Se recomienda confirmar la utilidad de los audífonos mediante audiometría de campo libre.	B	Formulación adecuada
Habilitación auditiva - comunicativa	20. Se sugiere enfocar la intervención terapéutica, inicialmente, en recepción de lenguaje por vía auditiva y emisión verbal.	C	Formulación adecuada
	21. Se sugiere consensuar los objetivos y curso de la terapia con los padres o cuidadores.	C	Formulación adecuada
	22. La metodología de intervención terapéutica puede modificarse en función de la evolución del niño.	C	Formulación adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica GPC Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años 2013.

Etapa	Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
Tamizaje Auditivo	1. Se recomienda implementar Tamizaje Auditivo Universal (TAU) en el recién nacido para detección temprana de hipoacusia.	Vigente
	2. Se recomienda utilizar Otoemisiones Acústicas (OEA) y/o Potenciales Auditivos Automatizados (AABR) en el proceso de Tamizaje Auditivo Universal.	Vigente
	3. Se recomienda realizar una segunda prueba de tamizaje dentro del primer mes de vida en el grupo de niños que no pasa la primera prueba con el fin de reducir los falsos positivos.	Vigente
	4. En el Tamizaje Auditivo Universal, se recomienda la implementación de dos momentos de aplicación de prueba de screening, utilizando en el primero OEA y en el segundo AABR.	Vigente
	5. Se sugiere implementar sistemas de registro, seguimiento y rescate de niños que no completan las etapas del TAU o que no acceden al diagnóstico clínico y/o tratamiento.	Vigente
Confirmación Diagnóstica	6. Se recomienda completar la etapa de diagnóstico de hipoacusia antes de los 3 meses de vida del niño.	Vigente
	7. Las pruebas diagnósticas a realizar inicialmente son la Impedanciometría de alta frecuencia y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) estímulo burst.	Vigente
	8. Si la Impedanciometría muestra curva A para ambos oídos el niño/a será enviado a PEATC y, con aquel resultado, a evaluación por otorrinolaringólogo. En caso de curva B o C, irá directamente a evaluación médica de ORL.	Vigente
	9. Si mediante PEATC se detectan umbrales en 40dB o menos en ambos oídos se descarta hipoacusia y se sugiere que el niño/a salga del programa de detección y diagnóstico oportuno con la información correspondiente.	Vigente
	10. Si mediante PEATC se detectan umbrales sobre los 40dB en uno o ambos oídos, se confirma la hipoacusia y se cita para nuevo PEATC en 3 meses a fin de confirmar y afinar umbrales.	Vigente
	11. Tanto la implementación auditiva como la intervención terapéutica se recomienda iniciarlas antes de los 6 meses de edad corregida.	Vigente

Implementación auditiva / Intervención inicial	12. Para la selección e indicación de audioprótesis, se sugiere realizar una exploración específica que conste de Audiometría conductual, evaluación otorrinolaringológica, evaluación fonoaudiológica (comunicativa) y estudios complementarios.	Vigente
	13. Se sugiere que las patologías de oído externo y medio, factibles de ser tratadas, se resuelvan previo a la adaptación de audioprótesis.	Vigente
	14. Se recomienda la adaptación audioprótesis para vía ósea en los niños/as con agenesia de conducto auditivo externo.	Vigente
	15. Se recomienda la adaptación de audífonos en niños/as con hipoacusia leve, moderada y un grupo de aquellos con hipoacusia severa.	Vigente
	16. Se sugiere que la adaptación de audífonos en niños/as considere: adaptación bilateral, audífonos retroauriculares, digitales, al menos 6 canales, livianos, opciones para acceso a dispositivos de ayuda, características de seguridad y ganancia adecuada.	Vigente
	17. Se recomienda el Implante Coclear en todos los niños/as con hipoacusia severa o profunda que no se benefician del uso de audífonos.	Vigente
	18. Se sugiere realizar sesiones de habituación que incluyan información a los padres sobre el cuidado y manejo de los audífonos.	Vigente
	19. Se recomienda confirmar la utilidad de los audífonos mediante audiometría de campo libre.	Vigente
Habilitación auditiva - comunicativa	20. Se sugiere enfocar la intervención terapéutica, inicialmente, en recepción de lenguaje por vía auditiva y emisión verbal.	Vigente
	21. Se sugiere consensuar los objetivos y curso de la terapia con los padres o cuidadores.	Vigente
	22. La metodología de intervención terapéutica puede modificarse en función de la evolución del niño.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológicamente (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso). / **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC:

Nombre	Profesión	Instituciones
Bárbara Carreño Pérez	Tecnóloga Médica.	Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Carlos Orrego Pizarro	Tecnólogo Médico.	Sociedad Chilena de Audiología
Eduardo Sáez Cáceres	Otorrinolaringólogo.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.
Enrica Pittaluga Pierdiluca	Pediatra.	Programa Implante Coclear. División de Gestión de Redes Asistencial. Ministerio de Salud.
Ernesto Ried Goycoolea	Otorrinolaringólogo.	Hospital Clínico San Borja Arriaran. Clínica Las Condes
Francisca Mansilla Jara	Fonoaudióloga.	Universidad Andrés Bello
Gonzalo Zamorano Fuenzalida	Tecnólogo Médico.	Sociedad Chilena de Otoneurología y Audiología.
Lorena Aguayo González	Otorrinolaringóloga.	Sociedad Chilena de Otorrinolaringología.
Luz Colle Wells	Coordinadora Temática Enfermera.	Departamento de Ciclo Vital. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Mario Bustos Rubilar	Fonoaudiólogo.	Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile. Instituto de la Sordera.
Natalia Tamblay Narváez	Coordinador Clínico Otorrinolaringóloga.	Departamento de Ciclo Vital. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Rodrigo Bravo Aguilera	Tecnólogo Médico.	Hospital Padre Hurtado
Ursula Zelada Bacigalupo	Otorrinolaringóloga.	Hospital Barros Luco. Universidad de Chile