

Programa galego para a detección
da xordeira en período neonatal (PGDXPN).
Resultados 2002-2024



XUNTA
DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

Título:
Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal (PGDXPN).
Resultados 2002-2024

Edita:
Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública

Lugar e ano de publicación:
Santiago de Compostela, 2025

Maquetación:
Silo Gráfico, SLL

Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal (PGDXPN). Resultados 2002-2024

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública



XUNTA
DE GALICIA

MAGNITUDE DO PROBLEMA.....	5
A enfermidade e as súas consecuencias	5
Incidencia da hipoacusia	6
PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN DA XORDEIRA EN PERÍODO NEONATAL	9
Obxectivo xeral	9
Obxectivos específicos.....	9
Poboación obxectivo.....	10
Proba de cribado	10
Cando se realiza o cribado	11
Onde se realiza o cribado.....	12
RESULTADOS DO PROGRAMA 2002-2024.....	13
Cobertura.....	13
Actividade das unidades de cribado.....	14
Participación	15
Derivación a diagnóstico	16
Tempos de demora	17
Resultados das unidades de diagnóstico. Ano 2024	17
Tempo de inicio do tratamento	18
Evolución da detección de hipoacusia.....	18
Hipoacusias non detectadas polo programa	19
CONCLUSIÓN	21
NENOS CON FACTORES DE RISCO	23
ANEXO I	25
Estrutura organizativa do programa.....	25
Procedementos.....	27

MAGNITUDE DO PROBLEMA

A enfermidade e as súas consecuencias

A hipoacusia é a diminución da percepción auditiva. A hipoacusia neurosensorial (HNS) é unha discapacidade de especial importancia na infancia, xa que é permanente e afecta o desenvolvemento intelectual e social do neno, que está ligado á información auditiva que chega ao sistema nervioso central.

A maior parte dos déficits auditivos permanentes presentes no período neonatal son conxénitos, e débense a alteracións xenéticas ata un 80% dos casos e o resto a lesións por ototoxicidade ou infeccións. Son moitos os factores que poden provocar perda auditiva no período perinatal e neonatal, destacan pola súa importancia: o uso de ototóxicos, a anoxia neonatal, prematuridade, baixo peso ao nacer e traumatismos.

A presenza dun déficit auditivo, cando afecta a percepción da fala (limiar peor de 40 dB en frecuencias comprendidas entre 500 e 4000 Hz), provoca atrasos significativos no desenvolvemento da linguaxe e da capacidade de comunicación. Estes atrasos aparecen tanto en nenos con déficit auditivo moderado-severo como con déficit profundo. A redución da audición durante a infancia interfere co desenvolvemento da fala e a adquisición das habilidades para a linguaxe; ademais, pode ter efectos adversos sobre o desenvolvemento do sistema nervioso auditivo, así como sobre os logros escolares, o desenvolvemento cognitivo, social e emocional. É importante recordar que unha demora na identificación e manexo dunha xordeira severa ou profunda mingua a capacidade de adaptación do neno á vida, tanto nunha comunidade oínte como nunha comunidade de xordos.

O período máis importante para o desenvolvemento da linguaxe e da fala concéntrase nos tres primeiros anos de vida. En ausencia de obvias deformidades nos oídos, cabeza ou pescozo, as hipoacusias conxénitas pódense presentar como unha incapacidade imperceptible ao nacemento que talvez non sexa identificada ata que o neno non consegue lograr os fitos de comunicación esperados. A pesar de que hai varios métodos de identificación da hipoacusia durante o primeiro ano, a media de idade na que se identifica unha xordeira nos Estados Unidos permanecía próxima aos tres anos antes do inicio dos programas de cribado neonatal. No Reino Unido, onde se realizaba o cribado á maior parte da poboación arredor dos sete meses mediante un test de distracción, a metade dos nenos non eran diagnosticados antes dos 18 meses e o 25% permanecían sen diagnosticar aos 48 meses. O resultado é que para moitos nenos con perda auditiva o período máis importante para a rehabilitación está perdido. En xeral, acéptase que o déficit auditivo debe ser recoñecido tan pronto como sexa posible; desta forma, o proceso de rehabilitación pode aproveitar a

plasticidade do desenvolvemento dos sistemas sensoriais no lactante e permitir un desenvolvemento social satisfactorio.

A US Preventive Services Task Force, na súa última revisión de 2008, aumentou o grao de recomendación deste tipo de cribado a un nivel B, o que significa que o beneficio para a saúde de aplicar probas de detección de déficit auditivo nos neonatos é moderado-alto con evidencia científica suficientemente robusta.

No ano 2003, o Pleno do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde recomendou a implantación de programas poboacionais de detección precoz da hipoacusia neonatal en todo o territorio español e aprobou os contidos mínimos básicos que estes programas deben ter. Nese mesmo ano publicouse o *Libro Blanco sobre Hipoacusia. Detección precoz de la hipoacusia en neonatos*.

Nunha publicación do ano 2010, a Comisión para a Detección Precoz da Hipoacusia (Codepeh) actualizou as recomendacións que se consideran importantes para o desenvolvemento dos sistemas de detección e intervención precoz da hipoacusia infantil. O Programa galego para a detección da hipoacusia infantil en período neonatal cumpre coas recomendacións establecidas por esta comisión. No ano 2014, a mesma Comisión publica as recomendacións para un seguimento continuado sobre a saúde auditiva dos nenos.

Todas as comunidades autónomas teñen implantado un programa de detección da hipoacusia conxénita, co obxectivo de identificar todos os casos e así mellorar a súa capacidade de comunicación (linguaxe receptiva e expresiva) e equiparala aos normoíntes.

No ano 2019, a Ponencia de cribados poboacionais da Comisión de Saúde Pública do Sistema Nacional de Saúde propón a incorporación do Programa de cribado de perda de audición neonatal como un programa de cribado organizado de base poboacional dentro da Carteira de servizos comúns de saúde pública establecida no Real decreto 1030/2006, o cal consistirá:

- a. Desenvolvemento dun protocolo de detección precoz, diagnóstico, tratamento e atención integral a nenos con perda auditiva neonatal e ás súas familias, que permita abordar este programa en todas as comunidades autónomas de forma homoxénea e segundo os seus criterios de calidade.
- b. Desenvolvemento dun sistema de información que permita aos niveis autonómico e estatal realizar un correcto seguimento e avaliación deste programa.

Incidencia da hipoacusia

Previamente á implantación de programas poboacionais de cribado neonatal, os datos de incidencia procedían dos casos diagnosticados en idade escolar ou a partir da realización de estudos concretos en pequenas poboacións. Mediante estes métodos estímase que ao redor de un de cada mil nenos nace xordo (táboa 1).

Táboa 1. Prevalencia de hipoacusia en estudos realizados en idade escolar

Rexión	Limiar	Tipo	Incidencia por mil
Trent (England)	40 dB	Conxénita e adquirida	1,33
		Conxénita	1,1
Copenhagen (Dinamarca)	>25 dB que require amplificación	Conxénita e adquirida	1,89
		Conxénita	1,5
Atlanta (USA)	40 dB	Conxénita e adquirida	1,09
		Conxénita	0,53
Kuopio (Finlandia)	40 dB	Conxénita e adquirida	1,12
		Conxénita	0,89
Rhode Island (USA)	30 dB	Conxénita	1,49
Navarra	40 dB	Conxénita	0,8

Co inicio dos programas de cribado auditivo de xordeira sobre todos os neonatos dunha determinada área realizáronse varios traballos en Gran Bretaña e nos Estados Unidos que nos aproximan ao valor da incidencia de hipoacusia neonatal en poboacións dos ditos países. As probas de cribado utilizadas foron a determinación de otoemisións acústicas (OEA), os potenciais evocados de tronco cerebral (ABR) e a automatización destes últimos (PEATC-A). Estes traballos estiman unha incidencia que vai desde 1,05 a 3,14 casos por mil nacementos.

En España, os primeiros datos corresponden ao ano 1991, no marco do *Estudio Multicéntrico* promovido por FIAPAS, e achéganse os primeiros datos de incidencia das deficiencias auditivas infantís en poboación de risco.

Na nosa Comunidade, os datos de incidencia eran estimados a partir dos recollidos noutras rexións, dada a ausencia de estudos epidemiolóxicos específicos, situándose nun rango entre 0,8 e 3,3 por mil neonatos.

A partir da implantación do programa poboacional de cribado, a información da que dispoñemos é a obtida no marco deste, baseada nunha cobertura do 100% dos bebés nados nos hospitais de Galicia (acadada xa desde o ano 2012). A incidencia de perda auditiva detectada polo programa é, desde 2012 ata 2024, do 1,17 por mil (non se ten en conta a perda auditiva de inicio tardío ou adquirida que puidese aparecer neste período).

Algúns trastornos auditivos non son detectables polo cribado neonatal por non estaren presentes aínda neses primeiros días de vida, como son as hipoacusias de aparición tardía ou as adquiridas (a prevalencia global dunha hipoacusia de aparición tardía estímase entre o 10 % e o 20 % sobre todas as hipoacusias da infancia).

PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN DA XORDEIRA EN PERÍODO NEONATAL

Co fin de abordar este problema, a Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade iniciou no ano 2002 a posta en marcha do Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal, un programa poboacional de cribado que se describe a continuación.

Obxectivo xeral

Mellorar a capacidade de comunicación (linguaxe receptiva e expresiva) dos nenos nados con hipoacusia moderada, severa ou profunda co fin de equiparala aos normoíntes.

Obxectivos específicos

- a) Asegurar o acceso á proba de cribado a todos os nenos nados en Galicia.
- b) Conseguir unha participación de polo menos o 95% dos nenos nados en Galicia.
- c) Garantir o acceso ao diagnóstico de confirmación, con consulta e primeira proba de confirmación antes de 60 días en máis do 95% dos nenos derivados ás unidades de diagnóstico e tratamento.
- d) Garantir o inicio do tratamento antes dos seis meses de idade en máis do 95% dos nenos derivados ás unidades de diagnóstico e tratamento.
- e) Desenvolver un adecuado sistema de información do programa.

Poboación obxectivo

Unha proba de cribado pódese realizar a todos os neonatos (programa de cribado poboacional) ou só a aqueles nenos que teñan algún dos factores de risco de hipoacusia (programa de alto risco). Un programa baseado no cribado poboacional é máis efectivo na detección precoz da hipoacusia que un baseado nun cribado en neonatos de alto risco. No último estudo publicado polo grupo de Wessex, a porcentaxe de casos detectados antes dos seis meses nas cohortes con cribado universal neonatal superou nun 43% a dos detectados sen cribado.

En Galicia estímase que cun programa de alto risco se deixarían de detectar antes dos seis meses de idade a metade dos nenos nados con hipoacusia. O Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal baséase nun sistema de cribado poboacional universal, o que garante a equidade no acceso á proba a todos os neonatos en Galicia.

Actualmente, a poboación elixible do programa son os neonatos vivos nados en todos os hospitais, públicos e privados, de Galicia con posibilidade real de realizarlles a proba. Exclúense da poboación obxectivo:

- Os neonatos vivos que morren antes de realizar a proba de cribado.
- Os neonatos con malformacións craniofaciais que dificultan ou impiden a realización da proba.

Proba de cribado

A proba escollida é a de potenciais evocados automatizados, que busca a existencia de resposta eléctrica cerebral a estímulos sonoros. O equipo de cribado xera sons nos oídos do neonato e recolle a resposta tronco encefálica mediante eléctrodos de superficie adheridos á pel. Inmediatamente, analiza os datos recollidos e responde de forma clara se o bebé pasa a proba ou non pasa, en que caso debe ser derivado a unha unidade especializada para ampliar o estudo para o diagnóstico dunha posible hipoacusia.

Táboa 2. Datos de validez das probas segundo os traballos publicados sobre programas de cribado poboacional en funcionamento.

	OEA	PEATC-A
Estuda	Actividade coclear	Resposta encefálica
Sensibilidade	95-100%	99-100%
Especificidade	87-99%	93-98%
Porcentaxe de derivación	7-13%	2-4%
Duración	1-2 min	3-5 min

Esta proba foi escollida pola súa elevada sensibilidade. A diferenza das otoemisións acústicas, que é outra das probas de cribado que se pode utilizar, a proba de potenciais evocados automatizados reconece a funcionalidade da cóclea e da vía auditiva preencefálica, polo que pode captar hipoacusias neurosensoriais tanto cocleares como retrococleares. Deste modo, ao testar gran parte da vía auditiva, aumenta a súa sensibilidade chegando ao 99,9 %. Isto quere dicir que, aínda que existe unha mínima posibilidade de falsos negativos, o número de nenos que pasa a proba sendo hipoacúsicos é practicamente insignificante nun contexto cunha prevalencia tan baixa. Segundo diversos estudos, a especificidade da proba encóntrase entre o 93 e o 98%, polo que a porcentaxe de neonatos derivados para a realización de novas probas diagnósticas é baixo, entre o 1 e o 4 % dos explorados (táboa 2).

A proba iníciase unha vez que o bebé está tranquilo (preferentemente durmido). Colócanse uns terminais de estimulación acústica (auriculares) nos oídos e tres eléctrodos (no ombro, parte posterior do pescozo e na fronte). O equipamento de cribado emite uns sons especiais denominados “clic” cunha frecuencia e intensidade determinada a través dos auriculares e os eléctrodos captan a resposta cerebral a estes estímulos.

Outras vantaxes dos potenciais evocados automatizados como proba de cribado son que a proba é sinxela, non invasora e indolora. A duración media da proba é de 3-5 minutos por oído. Ademais, o resultado da proba é automático e non require interpretación. O equipamento emite un resultado que pode ser “pass”, é dicir, pasa a proba (resultado negativo ou normal) ou “refer”, é dicir, non pasa a proba (resultado positivo).

Outra característica da proba é que se pode realizar ás poucas horas de nacer, ao contrario que as otoemisións, en que diminúe a especificidade da proba se se realiza nas primeiras 48 horas de vida. Deste modo, a proba elixida (PEATC-A) permite realizar a proba antes da alta hospitalaria cunha maior fiabilidade.

Cando se realiza o cribado

Para alcanzar o obxectivo do programa (realizar unha proba de audición a todos os neonatos na Comunidade), a proba realízase antes de que o neno abandone o centro sanitario. Na actualidade, a práctica totalidade dos nenos galegos nace en maternidades públicas ou privadas, onde permanecen unha media de dous días.

Esta curta estadía no centro hospitalario é o momento de maior accesibilidade ao neno, xa que posteriormente pode producirse mobilidade xeográfica e outras dificultades que impidan acudir a unha cita posterior para realizar a proba, coas consecuentes perdas de nenos candidatos ao cribado.

Onde se realiza o cribado

O programa puxo á disposición dos neonatos de Galicia a proba de cribado auditivo a través da súa implantación progresiva na rede de hospitais da Comunidade Autónoma. Desde o 2012, a implantación do programa é completa en todos os hospitais da rede pública sanitaria de Galicia e nos hospitais con maternidade da rede privada. Esta proba é realizada por persoal de enfermaría con formación específica en cribado auditivo. Desta maneira, o programa intégrase nos coidados e actuacións preventivas realizadas aos neonatos e nos circuitos de derivación do neno enfermo. Os hospitais e maternidades privadas participan no programa mediante un acordo de colaboración, unha vez que adecúan os seus sistemas informáticos e circuitos internos para garantir os requirimentos de calidade do programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA 2002-2024

Cobertura

O primeiro obxectivo do programa é poñer á disposición de todos os neonatos de Galicia a proba de cribado de hipoacusia establecida nel.

A continuación (táboa 3) indícase a relación dos hospitais nos cales se implantou o programa e a data de inicio da actividade de cribado en cada un deles. Desta forma, a cobertura do programa no 31 de decembro de 2024 é do 100% dos nados en Galicia.

Táboa 3. Evolución da implantación do programa entre 2002 e decembro de 2024

Hospitais do Sergas	Data de inicio
CH Universitario da Coruña	20 de maio de 2002
CH Universitario de Vigo	1 de agosto de 2002
CH Universitario de Santiago	1 de setembro de 2002
CH de Pontevedra	5 de maio de 2003
CH de Ourense	19 de maio de 2003
CH Lucus Augusti de Lugo	1 de marzo de 2005
CHA Marcide-Novoa Santos	4 de abril de 2005
Hospital da Barbanza	30 de maio de 2005
Hospital de Monforte de Lemos	1 de xuño de 2005
Hospital do Salnés	6 de xuño de 2005
Hospital da Costa	15 de xuño de 2005
Hospital de Verín	15 de xuño de 2005
Hospital Virxe da Xunqueira de Cee	2 de novembro de 2005
Hospital do Barco de Valdeorras	3 de novembro de 2005
Maternidades privadas	Data de inicio
Policlínico Vigo, SA (Povisa)	9 de outubro de 2007
Hospital Quirón da Coruña	10 de decembro de 2007
CMINS de Belén da Coruña	11 de febreiro de 2008
Centro médico Pintado	2 de xuño de 2009
C. Médico Gallego, SL (Clínica Fátima)	1 de abril de 2009
Centro médico A Rosaleda	14 de setembro de 2010
Hospital Miguel Domínguez	14 de febreiro de 2012

Actividade das unidades de cribado

No ano 2002, ano de inicio do programa, realizóuselles a proba de cribado a 2.907 nenos, e acadouse a cifra de 13.343 no ano 2024. Desta forma, desde o inicio do programa e ata o 31 de decembro de 2024, 385.472 nenos participaron no programa. A táboa 4 reflicte o número de nenos con proba de cribado realizada por hospital de nacemento.

Táboa 4. Número de nenas e nenos con proba de cribado realizada entre maio de 2002 e decembro de 2024

Hospitais do Sergas	2002-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
CHU da Coruña	25.364	3.023	2.916	2.786	2.649	2.719	2.578	2.470	2.439	2.204	2.219	2.055	2.073	2.138	2.098	59.731
CHU de Vigo	36.665	4.276	4.238	3.862	3.978	3.694	3.808	3.912	3.366	3.484	3.323	3.140	3.150	2.894	2.779	86.569
CHU de Santiago	21.909	2.832	2.749	2.644	2.582	2.699	2.609	2.440	2.212	2.102	2.051	2.009	1.984	2.042	2.097	54.961
CH de Pontevedra	13.843	1.811	1.655	1.658	1.600	1.529	1.515	1.550	1.408	1.285	1.292	1.257	1.184	1.155	1.111	33.853
CH de Ourense	12.573	1.663	1.624	1.535	1.538	1.518	1.480	1.401	1.230	1.227	1.195	1.151	1.080	1.114	1.060	31.389
CH Lucus A. de Lugo	7.968	1.453	1.509	1.443	1.460	1.485	1.432	1.434	1.351	1.181	1.140	1.116	1.264	1.208	1.126	26.570
CHA Marcide-N. Santos	7.233	1.223	1.168	1.021	1.085	1.044	1.088	980	847	781	805	741	703	703	710	20.132
Hospital da Barbanza	2.292	391	381	356	329	359	353	313	305	257	250	244	251	170	164	6.415
Hospital de Monforte de Lemos	1.120	190	193	183	198	208	201	211	204	159	173	154	148	165	144	3.651
Hospital do Salnés	3.437	686	631	558	542	552	518	497	441	444	387	418	379	367	354	10.211
Hospital da Costa	2.505	437	425	399	427	412	383	379	346	327	335	332	279	287	270	7.543
Hospital de Verín	736	126	101	101	116	128	101	99	82	61	110	88	108	86	78	2.121
H. V. da Xunqueira de Cee	1.268	207	189	215	194	216	237	219	172	174	172	178	146	148	134	3.869
H. do Barco de Valdeorras	948	154	153	165	146	129	156	138	116	115	127	109	117	78	106	2.757
Total hospitais públicos	137.861	18.472	17.932	16.926	16.844	16.692	16.459	16.043	14.519	13.801	13.579	12.992	12.866	12.555	12.231	349.772
Maternidades privadas																
Policlínico Vigo, SA (Povisa)	901	245	251	232	206	190	180	121	107	70	57	64	46	57	12	2.739
Hospital Quirón da Coruña	1258	411	393	348	283	335	359	381	179	283	280	264	178	223	221	5.396
CMINS de Belén da Coruña	3421	1.258	1.213	1.065	955	1.039	1.134	1.033	982	895	877	882	865	813	794	17.226
Centro médico Pintado	520	261	248	217	194	184	138	95	94	84	77	55	73	14	0	2.254
C. M. Galego, SL (C. Fátima)	219	160	150	148	192	165	125	131	108	79	60	64	54	84	85	1.824
Centro M. A Rosaleda	110	377	402	364	372	358	402	328	317	276	282	295	258	231	0	4.372
Hospital Miguel Domínguez	0	-	271	218	239	226	183	182	140	132	95	94	63	46	0	1.889
Total hospitais privados	6429	2.712	2.928	2.592	2.441	2.497	2.521	2.271	1.927	1.819	1.728	1.718	1.537	1.468	1.112	35.700
Total hospitais púb. e priv.	144290	21.184	20.860	19.518	19.285	19.189	18.980	18.314	16.446	15.620	15.307	14.710	14.403	14.023	13.343	385.472

Participación

Outro dos obxectivos prioritarios do programa é alcanzar unha elevada participación; considérase aceptable unha participación do 95 e desexable acadar o 99. Na táboa adxunta (táboa 5) móstrase a participación obtida nos hospitais onde se iniciou esta actividade preventiva. Como se pode observar, a taxa de participación foi aumentando de forma progresiva desde o ano 2002, e acadou no ano 2004 e sucesivos unha participación superior ao obxectivo fixado como desexable do 99 no global do programa.

No ano 2024 acádase o obxectivo fixado como desexable (99) en todos os hospitais públicos, así como en todos os centros privados, excepto no hospital de Verín.

Táboa 5. Porcentaxe de participación nos hospitais con programa dende maio de 2002 e decembro de 2024

Hospitais do Sergas	2002-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
CHU da Coruña	97,29	0,99	0,99	1,00	0,99	99,85	100,00	99,92	99,88	99,82	100,00	99,95	100,00	99,95	99,95	97,50
CHU de Vigo	98,83	1,00	1,00	1,00	1,00	99,95	100,00	99,97	99,94	99,97	100,00	99,90	100,00	100,00	100,00	98,60
CHU de Santiago	97,15	1,00	1,00	0,99	1,00	99,96	99,96	100,00	99,77	100,00	99,90	99,85	100,00	100,00	100,00	99,47
CH de Pontevedra	99,72	1,00	1,00	1,00	1,00	99,87	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,92	100,00	100,00	100,00	97,15
CH de Ourense	99,62	1,00	1,00	1,00	1,00	99,80	99,46	100,00	100,00	99,68	99,75	99,91	99,45	99,91	100,00	99,67
CH Lucas A. de Lugo	85,17	1,00	1,00	1,00	1,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,81
CHA Marcide-N. Santos	85,69	1,00	1,00	1,00	1,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,99
Hospital da Barbanza	85,41	0,99	1,00	1,00	1,00	99,72	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,81
Hospital de Monforte de Lemos	84,81	0,97	0,99	1,00	1,00	99,52	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,45
Hospital do Salnés	85,21	0,99	1,00	0,99	0,99	99,46	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,72	99,55
Hospital da Costa	85,37	1,00	0,99	1,00	1,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,79
Hospital de Verín	84,98	1,00	0,99	0,99	0,99	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,73	99,48
H. V. da Xunqueira de Cee	85,54	1,00	0,99	1,00	0,99	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,42	100,00	100,00	100,00	100,00	99,85
H. do Barco de Valdeorras	85,64	0,99	1,00	0,99	0,98	100,00	100,00	99,28	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,71
Participación hospitais públicos	97,91	1,00	1,00	1,00	1,00	99,90	99,95	99,98	99,93	99,93	99,96	99,93	99,95	99,98	99,98	98,78
Maternidades privadas																
Policlínico Vigo, SA (Povisa)	99,75	0,96	1,00	1,00	1,00	99,48	99,45	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,49
Hospital Quirón da Coruña	99,04	0,99	1,00	99,71	93,09	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,25	100,00	100,00	100,00	100,00	99,01
CMINS de Belén da Coruña	99,37	0,99	1,00	1,00	1,00	100,00	100,00	99,61	100,00	100,00	100,00	99,77	99,88	100,00	99,13	99,69
Centro médico Pintado	92,86	1,00	1,00	1,00	0,99	98,92	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	98,09
C. M. Galego, SL (C. Fátima)	96,66	0,99	1,00	1,00	1,00	98,80	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,40
Centro M. A. Rosaleda	100,00	0,99	0,99	1,00	0,99	99,72	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,47	98,72	0,00	99,54
Hospital Miguel Domínguez	0,00	-	0,99	0,99	1,00	100,00	100,00	99,45	100,00	100,00	100,00	100,00	94,03	95,83	0,00	99,42
Participación hospitais privados	98,78	98,91	99,19	99,85	98,87	99,76	99,96	99,78	100,00	100,00	99,71	99,98	99,42	99,66	99,37	99,42
Total	97,85	1,00	1,00	1,00	1,00	99,88	99,95	99,95	99,94	99,94	99,93	99,93	99,90	99,95	99,67	98,80

Derivación a diagnóstico

A unidade de diagnóstico recibe os nenos derivados pola unidade de cribado, co fin de descartar ou confirmar o diagnóstico de hipoacusia e, neste último caso, realiza o estudo desta para iniciar o tratamento. O obxectivo do programa é que a porcentaxe de nenos derivados a diagnóstico non supere o 4 . Este obxectivo foi cumprido por todas as unidades de cribado, e obtívose unha porcentaxe global do 0,72 para todo o período e para o ano 2024 o 1,00 (táboa 6).

Táboa 6. Número e porcentaxe de derivación a diagnóstico. Maio de 2002 a decembro de 2024

Hospitals do Sergas	2002-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Global
CHU da Coruña	489 1,93	8 0,27	23 0,79	21 0,75	14 0,53	23 0,85	17 0,66	11 0,45	32 1,31	13 0,59	25 1,13	8 0,39	6 0,29	12 0,56	17 0,81	719 1,20
CHU de Vigo	76 0,2	13 0,31	35 0,83	28 0,73	33 0,83	21 0,57	21 0,55	10 0,26	19 0,56	19 0,55	19 0,57	11 0,35	16 0,51	23 0,79	26 0,94	370 0,43
CHU de Santiago	71 0,32	8 0,29	63 2,29	43 1,59	77 2,98	95 3,52	70 2,68	61 2,50	35 1,58	27 1,28	16 0,78	11 0,55	12 0,60	29 1,42	58 2,77	676 1,23
CH de Pontevedra	50 0,35	6 0,36	42 2,54	45 2,71	16 1,00	12 0,78	11 0,73	8 0,52	7 0,50	18 1,40	17 1,32	13 1,03	8 0,67	16 1,39	12 1,08	281 0,82
CH de Ourense	79 0,63	11 0,68	6 0,37	4 0,26	1 0,07	1 0,07	1 0,07	1 0,07	4 0,33	17 1,39	10 0,84	5 0,43	5 0,46	10 0,90	7 0,66	162 0,52
CH Lucus A. de Lugo	20 0,25	9 0,60	5 0,33	3 0,21	2 0,14	3 0,20	2 0,14	6 0,42	3 0,22	5 0,42	3 0,26	0 0,00	2 0,16	3 0,25	5 0,44	71 0,27
CHA Marcide-N. Santos	20 0,27	2 0,17	3 0,26	10 0,98	20 1,84	47 4,50	8 0,74	7 0,71	2 0,24	5 0,64	1 0,12	2 0,27	5 0,71	5 0,71	1 0,14	138 0,68
Hospital da Barbanza	25 1,08	3 0,79	15 3,94	3 0,84	8 2,43	3 0,84	11 3,12	6 1,92	7 2,30	1 0,39	12 4,80	6 2,46	1 0,40	1 0,59	2 1,22	104 1,62
Hospital de Monforte de Lemos	2 0,18	0 0,00	0 0,00	1 0,55	0 0,00	1 0,48	1 0,50	3 1,42	1 0,49	0 0,00	1 0,58	0 0,00	1 0,67	1 0,61	1 0,69	13 0,36
Hospital do Salnés	8 0,23	5 0,79	2 0,32	10 1,79	3 0,55	11 1,99	12 2,32	5 1,01	0 0,00	3 0,68	2 0,52	1 0,24	4 1,05	3 0,82	1 0,28	70 0,68
Hospital da Costa	15 0,59	2 0,47	2 0,47	0 0,00	0 0,00	3 0,73	2 0,52	1 0,26	1 0,29	1 0,31	1 0,30	2 0,60	0 0,00	0 0,00	0 0,00	30 0,38
Hospital de Verín	6 0,81	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,91	1 1,14	1 0,92	2 2,33	1 1,28	12 0,56
H. V. da Xunqueira de Cee	21 1,65	0 0,00	2 1,06	1 1,47	0 0,00	1 0,46	1 0,42	7 3,20	0 0,00	2 1,15	1 0,58	2 1,12	1 0,68	0 0,00	0 0,00	39 1,00
H. do Barco de Valdeorras	1 0,1	0 0,00	0 0,00	1 0,61	0 0,00	1 0,78	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,79	3 2,75	0 0,00	0 0,00	0 0,00	7 0,24
Maternidades privadas																
Policlínico Vigo, SA (Povisa)	1 0,10	0 0,00	0 0,00	1 0,43	0 0,00	1 0,53	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	3 0,11
Hospital Quirón da Coruña	2 0,15	1 0,25	1 0,25	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,26	0 0,00	1 0,35	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,45	1 0,45	8 0,15
CMINS de Belén da Coruña	6 0,20	7 0,58	7 0,58	3 0,28	2 0,21	0 0,00	1 0,09	0 0,00	0 0,00	0 0,00	2 0,22	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	28 0,15
Centro médico Pintado	3 0,60	1 0,40	3 1,21	1 0,46	0 0,00	1 0,54	1 0,72	1 1,05	0 0,00	0 0,00	1 1,19	1 1,82	0 0,00	0 0,00	0 0,00	13 0,56
C. M. Galego, SL (C. Fátima)	3 2,20	1 0,67	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 1,19	1 1,18	6 0,33
Centro médico A Rosaleda	0 0	1 0,27	1 0,25	2 0,55	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,30	1 0,32	0 0,00	0 0,00	1 0,34	0 0,00	1 0,43	0 0,00	8 0,17
Hospital Miguel Domínguez	0 0	0 0,00	10 3,69	7 3,21	9 3,77	2 0,88	22 12,02	5 2,75	1 0,71	0 0,00	0 0,00	12 12,77	3 4,76	5 10,87	0 0,00	76 4,00
Total	898 0,61	77 0,37	220 1,05	184 0,94	185 0,96	226 1,18	181 0,95	134 0,73	113 0,69	112 0,72	113 0,74	79 0,54	65 0,45	113 0,81	133 1,00	2.833 0,72

Tempos de demora

O programa ten establecido entre os seus principais obxectivos de xestión garantir o acceso ao diagnóstico de confirmación, con derivación, consulta e primeira proba diagnóstica (PEATC) antes dos 60 días de vida en máis do 95% dos nenos con resultado positivo.

Dos nenos derivados á unidade de diagnóstico durante o ano 2024, o 74 % das consultas con primeira proba diagnóstica foron realizadas antes de que os nenos cumprisen os 60 días de vida.

Resultados das unidades de diagnóstico. Ano 2024

Dos 133 nenos derivados a diagnóstico durante o ano 2024, 100 foron altas, 7 foron perdas no proceso diagnóstico, 2 están en estudo e 24 foron diagnosticados como casos.

Táboa 7. Situación dos nenos derivados a diagnóstico. Ano 2024

Hospitais do Sergas	Nº derivados	Nº altas	En seguimento	Nº casos	Nº perdas
CHU da Coruña	17	8	1	7	1
CHU de Vigo	26	19	0	6	1
CHU de Santiago	58	51	1	4	2
CH de Pontevedra	12	11	0	1	0
CH de Ourense	7	5	0	1	1
CH Lucas A. de Lugo	5	1	0	3	1
CHA Marcide-N. Santos	1	1	0	0	0
Hospital da Barbanza	2	1	0	1	0
Hospital de Monforte de Lemos	1	0	0	1	0
Hospital do Salnés	1	1	0	0	0
Hospital da Costa	0	0	0	0	0
Hospital de Verín	1	1	0	0	0
H. V. da Xunqueira de Cee	0	0	0	0	0
H. do Barco de Valdeorras	0	0	0	0	0
Hospitais privados					
Policlínico Vigo, SA (Povisa)	0	0	0	0	0
Hospital Quirón da Coruña	1	1	0	0	0
CMINS de Belén da Coruña	0	0	0	0	0
Centro médico Pintado	0	0	0	0	0
C. M. Galego, SL (C. Fátima)	1	0	0	0	1
Centro M. A Rosaleda	0	0	0	0	0
Hospital Miguel Domínguez	0	0	0	0	0
Total hospitais públicos e privados	133	100	2	24	7

Dos 24 casos diagnosticados:

- 6 casos son hipoacusias neurosensoriais bilaterais (1 profunda, 4 severas, 1 moderada severa).
- 14 casos son hipoacusias neurosensoriais unilaterais (3 profunda, 4 severas, 7 moderadas)
- 2 hipoacusias de transmisión ou condución (1 bi severa, 1 unimoderada) e
- 2 mixtas (1 mixta bi severa e 1 uni moderada).

Tempo de inicio do tratamento

O programa ten establecido, entre os seus principais obxectivos de xestión, garantir o inicio do tratamento antes dos seis meses de idade en máis do 95% dos nenos derivados ás unidades de diagnóstico e tratamento.

Dos 9 casos de neonatos con hipoacusias neurosensoriais bilaterais e unilaterais con indicación de audífonos diagnosticados no ano 2024, 5 (55,5%) iniciaron o tratamento dentro do tempo adecuado, nos seis primeiros meses de idade.

Evolución da detección de hipoacusia

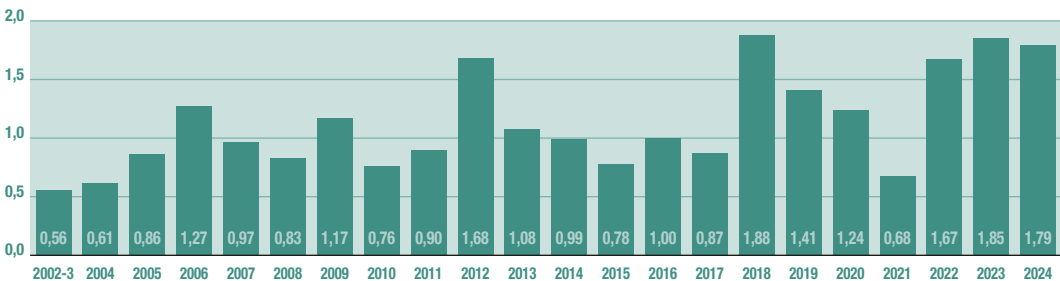
Desde a implantación do Programa galego para a detección de xordeira en período neonatal detectouse un total de 445 nenos con hipoacusia nas 7 unidades de diagnóstico do programa (táboa 8).

Táboa 8. Número de casos. Maio 2002-decembro 2024

Hospitais	2002/10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Global	Taxa detección (casos/mil nenos)
CH U. da Coruña	34	5	8	4	2	4	1	2	2	7	4	2	2	6	7	90	1,03
CH Xeral-Cíes de Vigo	31	5	12	6	7	4	9	2	10	2	2	3	10	8	6	117	1,24
CH Universitario de Santiago	20	2	7	6	4	0	4	6	14	5	2	1	5	4	5	85	1,28
CH de Pontevedra	19	1	7	4	5	1	3	3	1	1	5	3	2	1	1	57	1,23
CH U. de Ourense	16	4	0	1	0	1	3	1	1	3	2	0	2	3	1	38	1,05
CH Lucus A. de Lugo	9	1	1	2	0	6	1	4	2	4	4	0	2	3	4	43	1,14
CH A. Marcide-N. Santos	2	1	0	0	1	0	3	1	2	1	0	1	2	1	0	15	0,74
Total	131	19	35	23	19	16	24	19	32	23	19	10	25	26	24	445	1,14

A taxa de detección no período 2002-2024 é de 1,14 por mil nenos cribados. No ano 2024 a taxa de detección foi do 1,79 por mil nenos cribados.

Tasa detección casos/1.000 nenos: anos 2002-2024



Hipoacusias non detectadas polo programa

No período de estudo 2012 a 2024 detectáronse 109 nenos/nenas cribados polo programa entre o ano 2006 e 2022 que deron un pasa na proba de cribado e posteriormente desenvolveron algún tipo de hipoacusia

Estes casos poden ser falsos negativos da proba de cribado ou ben hipoacusias progresivas ou de aparición tardía; é imposible a distinción entre ambas as causas. No ano 2024 detectáronse 13 casos que non se contabilizan na táboa 8, xa que non son casos diagnosticados polo programa.

Táboa 9. Número de hipoacusias non detectadas polo programa. Período de estudo 2012-2024

Ano de nacemento e realización do cribado	Nº de casos detectados en anos posteriores
2006	1
2008	1
2009	2
2010	10
2011	8
2012	12
2013	8
2014	10
2015	13
2016	16
2017	16
2018	7
2019	2
2020	1
2021	1
2022	1

Se facemos un estudo dos tempos que van desde o ano de nacemento e proba de cribado e o ano no que se detectou a hipoacusia, estes 109 casos teñen unha moda de 7 anos, unha media de 5,6 anos, unha mediana de 5 anos e un percentil 95 de 7 anos.

CONCLUSIÓNS

Durante o período de estudo analizado (maio de 2002 a decembro de 2024) levouse a cabo a implantación do programa nos catorce hospitais da rede pública do Servizo Galego de Saúde e a súa expansión aos hospitais privados, alcanzando unha **cobertura** do 100% dos nenos nados en Galicia a partir do ano 2012.

Desde o inicio do programa e ata o 31 de decembro de 2024 realizouse a proba de cribado a 385.472 neonatos. A actividade foise incrementando desde o 2002 coa incorporación de novos hospitais, ata acadar a práctica totalidade de neonatos en Galicia no ano 2012.

É importante destacar a moi boa aceptación do programa por parte dos proxenitores, o que queda reflectido na alta **participación global**, que alcanzou o obxectivo fixado como desexable (99%) no ano 2004 e en todos os anos seguintes.

Aínda que a taxa de **derivación diagnóstica** está dentro dos obxectivos do programa (2-4%), a derivación observada no período global (0,72%) é unha cifra relativamente baixa. No ano 2024 a derivación foi do 1%, cunha ampla variabilidade entre hospitais.

Con respecto ao **tempo de demora** entre a realización da proba de cribado e a primeira consulta con primeira proba na unidade de diagnóstico, o 74,00% dos nenos do programa non superaron os 60 días no ano 2024. No estudo deste indicador hai que ter en conta que existen situacións que impiden que a primeira consulta poida realizarse neste tempo, como é o caso dos nenos prematuros (deben citarse cando teñan polo menos un mes de idade corrixida) e os nenos con patoloxías graves, nos que se atrasa a confirmación diagnóstica.

O 55% dos nenos diagnosticados de hipoacusia neurosensorial bilateral iniciaron o seu tratamento dentro dos 6 meses de idade.

A **taxa de detección** provisional alcanzada é de 1,79 por mil no ano 2024 (en total 1,14 por mil no período 2002-2024).

Para que o programa alcance e consolide os obxectivos fixados é imprescindible manter a colaboración que están prestando todos os profesionais dos hospitais (persoal de enfermaría, pediatras, otorrinolaringólogos, logopedas...) que realizan o cribado, o diagnóstico e o tratamento dos nenos con hipoacusia.

Tamén é necesaria a colaboración do persoal das unidades de pediatría en Atención Primaria, que son os que reciben o neno ao saír do hospital, xa que coidan que o resultado do cribado conste na cartilla de saúde infantil e na historia clínica, informan sobre o desenvolvemento do programa na súa área de saúde e facilitan información e apoio aos proxenitores dos nenos que deben ser derivados ás unidades de diagnóstico

ou de tratamento. Outro importante labor é a captación dos nenos que foron dados de alta sen cribar, para que realicen a proba de cribado no período neonatal.

NENOS CON FACTORES DE RISCO

Os nenos con factores de risco auditivo, aínda que obtivesen un resultado normal na proba de cribado, deben ter un seguimento especial nos primeiros dous anos de vida por parte do seu pediatra ou otorrinolaringólogo.

Táboa 10. Indicadores de risco auditivo en acabados de nacer e lactantes*:

INDICADORES DE ALTO RISCO NOS NEONATOS
Antecedentes familiares de hipoacusia conxénita ou de instauración na primeira infancia.
Infección intrauterina do grupo TORCH.
Malformacións craniofaciais.
Peso ao nacemento inferior a 1.500 g.
Hiperbilirrubinemia subsidiaria de exanguinotransfusión.
Uso de fármacos ototóxicos no RN ou durante o embarazo.
Meninxite bacteriana.
Hipoxia-isquemia perinatal.
Ventilación mecánica durante máis de 5 días.
Signos e/ou síntomas de síndromes que cursen con hipoacusia.
INDICADORES DE ALTO RISCO NOS LACTANTES
Sospeita de hipoacusia ou atraso da linguaxe.
Meninxite bacteriana ou outras infeccións que poidan cursar con hipoacusia.
Traumatismo cranial con perda de conciencia ou fractura.
Signos e/ou síntomas asociados a síndromes que cursen con hipoacusia.
Uso de fármacos ototóxicos.
Otite media secretora recorrente ou persistente.

* (Libro blanco sobre hipoacusia. Detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos).

ANEXO I

Estrutura organizativa do programa

O programa estrutúrase en distintas unidades: as unidades de cribado, a unidade central de xestión e as unidades de diagnóstico e tratamento.

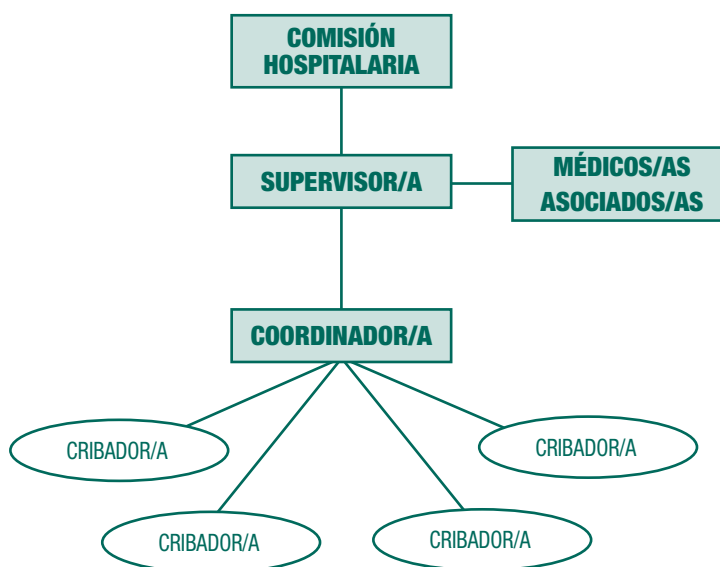
Unidade de cribado

O Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal lévase a cabo en todos os hospitais da rede pública de Galicia e nas maternidades privadas. Para homoxeneizar e garantir a calidade da atención en todos os centros, deseñouse unha estrutura organizativa de coordinación e apoio ao programa.

Con este fin créanse unidades funcionais que se denominan **unidades de cribado**. Estas unidades están integradas por un grupo de persoas que teñen como función a execución do programa no centro hospitalario e están compostas por persoal do propio centro que asume, entre as súas tarefas, as concernentes á realización do cribado e derivación a diagnóstico e tratamento, se procede (esquema 1).

A estrutura organizativa da unidade de cribado é a seguinte:

Esquema 1. Organización da unidade de cribado



As unidades de cribado contan con persoal de enfermaría, que é o encargado de realizar as probas (**cribador/a**). Cada unidade debe dispoñer de persoal suficiente para asegurar a realización das probas antes da alta aos nados durante todo o ano. O persoal encargado destas tarefas é formado especificamente, non só para realizar a proba, senón tamén para informar os proxenitores de forma verbal e por escrito mediante a entrega do folleto do programa.

Toda a actividade do cribado é coordinada por un/unha enfermeiro/a (**cribador/a**), que vela pola realización da proba a todos os neonatos antes de seren dados de alta (previsión do persoal cribador e do material e desbotables necesarios) e a derivación daqueles que requiran máis probas (a través da xestión de citas ás unidades de diagnóstico). Desta forma, preténdese que todos os neonatos teñan acceso á proba e que aqueles que sexan derivados teñan a cita na unidade de diagnóstico antes da súa saída do hospital.

A unidade de cribado debe tamén asegurar a chegada do neonato derivado á consulta de diagnóstico. Para iso conta cun/cunha **supervisor/a médico** que, dentro da súa función de supervisión do cribado, leva a cabo a vixilancia do sistema de derivación, que alerta ante demoras no diagnóstico e tratamento dos nenos identificados. A función de coordinación e supervisión é apoiada polos **médicos asociados**. A coordinación de todos os elementos da Unidade de Cribado recae nunha **comisión hospitalaria**. Os membros desta comisión son designados polos órganos directivos do hospital e inclúe un equipo multidisciplinar que abrangue todos os estamentos involucrados no cribado, diagnóstico e tratamento dos nenos. A función desta comisión é abordar, seguir e resolver os problemas suscitados no funcionamento do programa, mediante a realización de reunións periódicas.

Unidade central

Entre as principais funcións atribuídas á Unidade Central cabe destacar as de **deseño, planificación e actualización do programa**. Co obxecto de garantir a homoxeneidade no diagnóstico e tratamento en todas as unidades, segundo a evidencia científica dispoñible, a unidade central debe impulsar e coordinar a elaboración das **Guías para o diagnóstico e tratamento da hipoacusia neonatal**, en colaboración cos profesionais implicados dos distintos hospitais participantes.

Outra actividade destacada é o **apoio loxístico** ás unidades de cribado, mediante a adquisición e provisión de equipamentos e material dun só uso (eléctrodos, máscaras...) para a realización do cribado.

Para facilitar a comunicación cos proxenitores, informándoos da existencia e características deste programa, precísase a edición de folletos informativos. Dispoñer de **carteis divulgativos** permite facer publicidade desta actividade preventiva nos centros hospitalarios participantes. O deseño, edición e fornecemento deste material, xunto coa elaboración de notas de prensa e informativas dirixidas á poboación xeral para a difusión do programa, son funcións asignadas á Unidade Central.

A Unidade Central tamén é a responsable de facilitar o acceso á **formación especializada** dos cribadores, dos especialistas en ORL e dos logopedas das diferentes unidades de diagnóstico e tratamento.

Toda a información procedente do programa é remitida e analizada pola Unidade Central, xa que é a unidade responsable do **control de calidade** e da realización de informes periódicos de actividade e propostas de mellora. Dentro do programa de garantía de calidade, ocupa un lugar fundamental a revisión sistemática dunha proporción preestablecida de probas de cribado. Esta actividade, xunto coa análise sistemática da información procedente dos equipos de cribado (duración das probas, porcentaxes de repetición, calidade das probas con control das impedancias, etc.) tamén é responsabilidade da Unidade Central.

A Unidade Central encóntrase no Servizo de Detección Precoz de Enfermidades, da Dirección Xeral de Saúde Pública.

Unidade de diagnóstico e tratamento

As unidades de diagnóstico e tratamento están situadas nos sete grandes hospitais de Galicia. Son as encargadas da confirmación diagnóstica, estudo audiolóxico, indicación do tratamento e do seguimento dos nenos diagnosticados de hipoacusia.

Procedementos

A realización do cribado non consiste só na realización da proba, senón que comprende outros procedementos que, no seu conxunto, garanten o acceso a información e a calidade de todo o proceso. Estes procedementos permiten a correcta información dos proxenitores, a identificación dos neonatos que non pasan a proba, a busca daqueles nenos que abandonaron o hospital sen pasar a proba e o rexistro dos datos. Unha breve introdución dos procedementos vén reflectida no esquema adxunto (esquema 2)

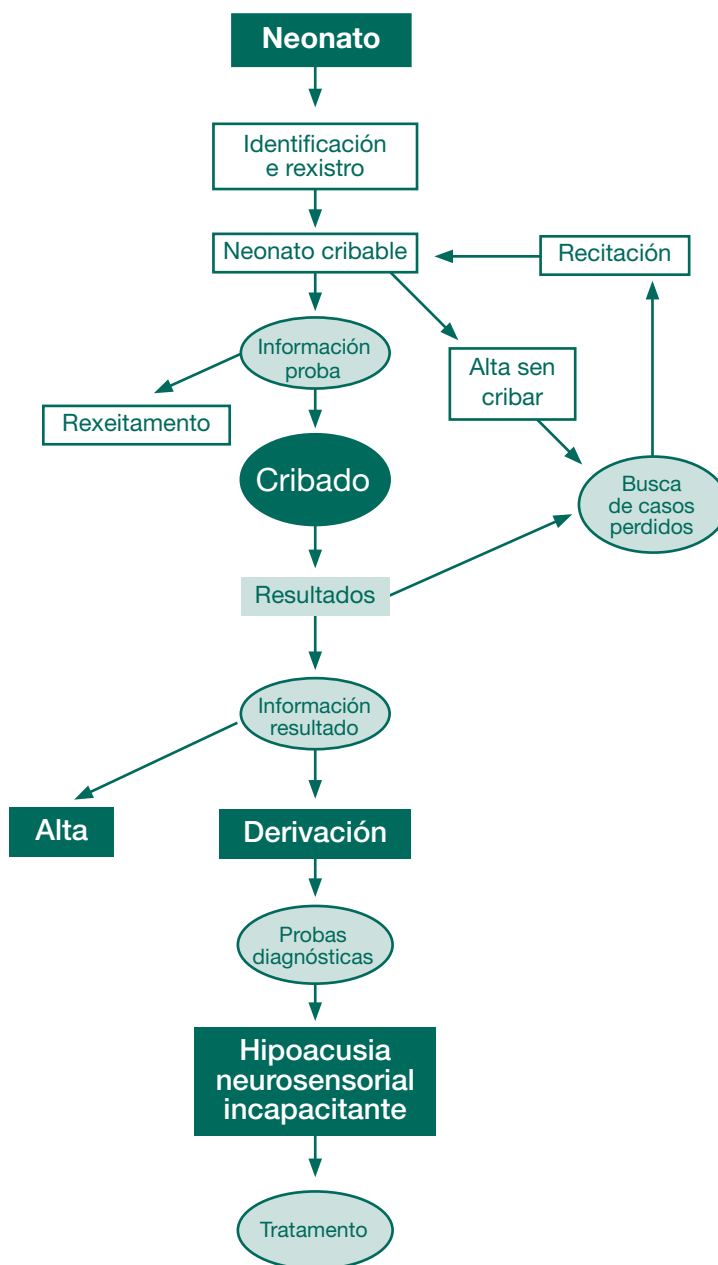
O primeiro paso debe ser a localización, a identificación e o rexistro de todos os neonatos vivos.

Coa posta en marcha do programa nun hospital, o servizo de admisión crea un rexistro dos que nacen nel, e facilita un número e historia clínica a cada neonato, estea ingresado ou non no hospital. Ao mesmo tempo, o servizo de admisión crea unha listaxe diaria dos neonatos sen cribar, que se pon á disposición da unidade de cribado. Desta maneira evítase que traslados ou altas maternas precoces provoquen perdas, ao permitir que o bebé abandone o centro sen que figure na base de datos.

A realización da proba debe estar sempre precedida de información sobre a realización da proba e os posibles resultados, tanto oral como escrita, dirixida aos proxenitores ou titores do neonato. Unha vez terminada a proba, estes deben ser informados

do seu resultado de forma individualizada. Esta información é facilitada polo propio persoal de enfermaría se o resultado é negativo (pasa a proba) e por persoal médico do programa (supervisor e médicos asociados) se este é positivo (non pasa).

Esquema 2. Procedementos



No caso de que a proba sexa positiva ou non sexa posible completala correctamente, derivase o neonato a unha unidade de diagnóstico e tratamento.

Nestas unidades realízanse as probas audiolóxicas e otolóxicas correspondentes que, en primeiro termo, confirman ou descartan a hipoacusia incapacitante, ou sexa, aquela que dificulta a adquisición da linguaxe por parte do neno (hipoacusia bilateral permanente con limiar peor de 40 dB no mellor oído).

Cando se confirma o déficit, realízase un estudo para caracterizar a hipoacusia e indicar, con todos os elementos de xuízo necesarios, o tratamento, e condúcese o bebé e os proxenitores á unidade de tratamento correspondente para a súa rehabilitación temperá.

Como documento de referencia para os centros, elaborouse unha *Guía para o cribado, diagnóstico e tratamento da hipoacusia neonatal* coa participación de profesionais de diferentes hospitais, na cal se especifica o algoritmo de diagnóstico e tratamento. Unha correcta realización do cribado e do diagnóstico, obtendo unha cobertura maior do 95% e unha participación maior do 95%, permitiría detectar máis do 90% dos casos.

O tratamento defínese de forma individualizada, atendendo ás características otolóxicas e audiolóxicas da hipoacusia, á concorrencia doutros déficits sensoriais e cognitivos, á adaptación social e familiar e á opinión dos proxenitores.

Se desexa máis información pode pórse en contacto coa Unidade Central:

Servizo de Programas Poboacionais de Cribado
Dirección Xeral de Saúde Pública
Edificio administrativo da Consellería de Sanidade
San Lázaro s/n
15781 Santiago
Tfno.: 881 54 64 23
Fax: 881 54 65 71
Correo electrónico: pgdxpn.dxsp@sergas.es



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE