**Protocolo De Pesquisa De Sordera En Recién Nacidos En Upc Neonatal**

|  |
| --- |
| * Realizar emisiones otoacústicas en RN sin factores de riesgo * Realizar BERA en RN con factores de riesgo según recomendaciones de Academia Americana de Pediatría |

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIOS PARA REALIZAR BERA AAP** | |
| * Rn <32 sem o <1500 g * Rn con ventilación mecánica * Malformación craneofacial: microtia, labio leporino, fisura palatina, otras * Rn con Apgar < 5 ( 1 min) o < 7 (5 min ) * Rn con uso aminoglicósidos ≥ 7 días * Rn con uso diuréticos ≥ 7 día | * Rn con Infección intrauterina por Citomegalovirus, herpes, toxoplasma, sífilis * Rn con meningitis * Familiar con hipoacusia neurosensorial * Síndromes que incluyan hipoacusia * Rn con exanguineotransfusión |

|  |
| --- |
| **RN < 1500 g y/o EG 32 sem** |
| * Neonatólogo informa a los padres y registra indicación. No requiere consentimiento informado * **Notificar GES 59 y realizar a las 33-34 sem**. * Si resultado es “HIPOACUSIA” : agendar BERA y consulta con Otorrinolaringólogo en 1 mes * Si resultado es “NORMAL” AAP recomienda repetir examen a las 24 meses en:   + Prematuros < 32 sem y/o 1500 g * Si el resultado es “NORMAL” repetir examen a los 6 meses en:   + Rn con infección intrauterina por herpes, toxoplasma, sífilis   + Rn con meningitis   + Rn con exanguineotransfusión   + Familiar con hipoacusia neurosensorial   + Síndromes que incluyan hipoacusia   + Infección intrauterina por Citomegalovirus, repetir a los 3 meses |

|  |
| --- |
| **RN ≥ 32 sem y/o ≥ 1500 g que cumplió criterio para realizar BERA** |
| * Neonatólogo informa a los padres y registra indicación. No requiere consentimiento informado * Si resultado es “HIPOACUSIA” :   + **Notificar GES 77**   + Agendar BERA y consulta con Otorrinolaringólogo en 1 mes * Si resultado es “NORMAL” AAP recomienda repetir examen a las 24 meses en: * Rn con ventilación mecánica * Malformación craneofacial: Papiloma retroauricular, microtia, labio leporino, fisura palatina, otras * RN con Apgar <5 (1 min) o < 5 (7) * RN con uso aminoglicósidos ≥ 7 días o Rn con uso diuréticos ≥ 7 días * Si el resultado es “NORMAL” repetir examen a los 6 meses en:   + Rn con infección intrauterina por herpes, toxoplasma, sífilis   + Rn con meningitis   + Rn con exanguineotransfusión   + Familiar con hipoacusia neurosensorial   + Síndromes que incluyan hipoacusia   + Infección intrauterina por Citomegalovirus, repetir a los 3 meses |

|  |
| --- |
| **RN ≥ 32 sem y/o ≥ 1500 g que cumplió criterio para realizar EOA** |
| * Neonatólogo informa a los padres y registra indicación. No requiere consentimiento informado * Si resultado es “HIPOACUSIA” :   + Agendar EOA y consulta con Otorrinolaringólogo en 1 mes |

Bibliografía:

1. Joint Committee on Infant Hearing: American Academy of Pediatrics. American Academy of Audiology Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs Pediatrics 2007; 120: 898-921
2. Berg A, Spitzer J, Towers H, Bartosiewicz and Diamond B. Newborn Hearing Screenning in the NICU:Profile of Failed Auditory Braistem Response/Passed Otoacustic Emission. Pediatrics 2005;116:933-997.