**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.