

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

A propósito del estudio de 90 niños sordomudos*

Por el Dr.:

HENRY RONDA MARICY**

Ronda Maricy, H. *A propósito del estudio de 90 niños sordomudos*. Rev Cub Ped 48: 3, 1976.

Se realiza un estudio sobre la sordomudez en el que se señala la importancia de la audiometría en la detección de los restos auditivos en el niño sordo. Se clasifican las hipoacusias según el grado de pérdida de la audición, y se valora en cada grupo la utilidad del uso precoz de las prótesis auditivas. Se señala al final la importancia profiláctica del conocimiento de las causas que pueden originar una sordomudez.

INTRODUCCION

La sordera en el niño es consecuencia de estados patológicos hereditarios o adquiridos que dañan el aparato auditivo y dejan como secuela grandes pérdidas en la audición, las cuales cuando son de alto grado imposibilitan la adquisición del lenguaje en forma espontánea, dando lugar a la llamada sordomudez.

La importancia social de esta alteración funcional no necesita de muchas explicaciones para ser comprendida, ya que la sordomudez acarrea en quien la padece la pérdida de dos de las más importantes funciones de la interrelación social, la audición y el lenguaje. De ahí que este tema no sólo tenga interés para el otorrinolaringólogo, sino también para los sociólogos, pedagogos, psiquiatras, pediatras, etc.

La audiometría y las modernas prótesis auditivas, obligaron en los últimos tiempos a crearnos un concepto muy di-

ferente respecto al niño con trastornos auditivos, ya que ha sido posible detectar lo que denominamos audición residual o resto auditivo, su medición y utilización en la reeducación de esos niños.¹

Entre los sordomudos encontramos diferentes grados de pérdida auditiva, así tenemos: los sordos, que son aquéllos cuya pérdida auditiva es tal que no existen medios para conseguir en ellos la formación auditiva del lenguaje; y los hipoacúsicos que son aquéllos en los cuales mediante el uso de prótesis auditivas adecuadas se puede llegar en mayor o menor grado a la formación auditiva del lenguaje.

Los hipoacúsicos a su vez, podemos clasificarlos en tres grupos:

1. Hipoacúsicos de grado bajo son aquéllos en los que la pérdida auditiva oscila alrededor de los 30 decibeles, no requieren educación especial y el desarrollo del lenguaje ocurre normalmente (gráfico 1).
2. Hipoacúsicos de grado medio son en los que oscila entre 30 y 60 decibeles (gráfico 2), y en los cuales, si se supone una inteligencia normal, podrá desarrollarse el lengua-

* Trabajo presentado en la II Jornada Provincial de Obstetricia y Pediatría, diciembre de 1973. Camagüey.

** Jefe del servicio de otorrinolaringología, Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

Nº _____ NOMBRE Hipoacusia de _____ EDAD _____
 FECHA _____ DATO Grado Baja _____

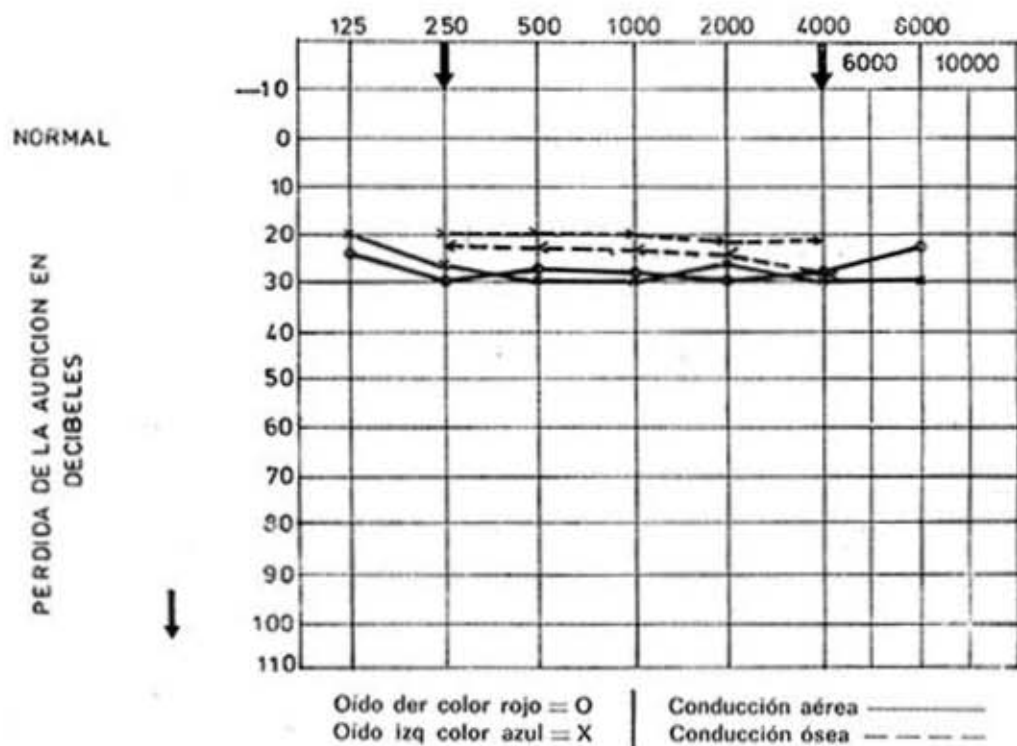


Gráfico 1.

je, aunque el mismo tendrá un déficit considerable.

En estos pacientes el uso de la prótesis auditiva tiene su máxima indicación.

- Hipoacúsicos de grado alto son en los que la pérdida auditiva (gráfico 3) oscila entre los 60 y 90 decibelios.

Desde el punto de vista pedagógico, vemos que en los sordos sólo es factible el aprendizaje de la palabra visual, por lo que a estos niños les es imprescindible su ingreso desde muy temprano en las escuelas diferenciadas para sordos.

Los hipoacúsicos de grado alto, con las prótesis y la educación auditiva pre-

coz, pueden lograr la formación del lenguaje, aunque es posible que tengan un déficit considerable del mismo; a estos niños le son necesarios las clases de audición en las escuelas para sordos.

En cambio, en los hipoacúsicos de grado medio el uso de prótesis y la educación auditiva les permite el aprendizaje o formación del lenguaje por audición; estos niños pueden asistir a las escuelas normales o para hipoacúsicos.

Etiología

La importancia de este tópico está dada porque su conocimiento nos permite aplicar en un gran número de pacientes medidas de carácter profiláctico.

Las causas que pueden dar lugar a sorderas que lleven implícito la mudéz,

NO _____ NOMBRE Hipoacusia de EDAD _____
 FECHA _____ DATO Grado Medio

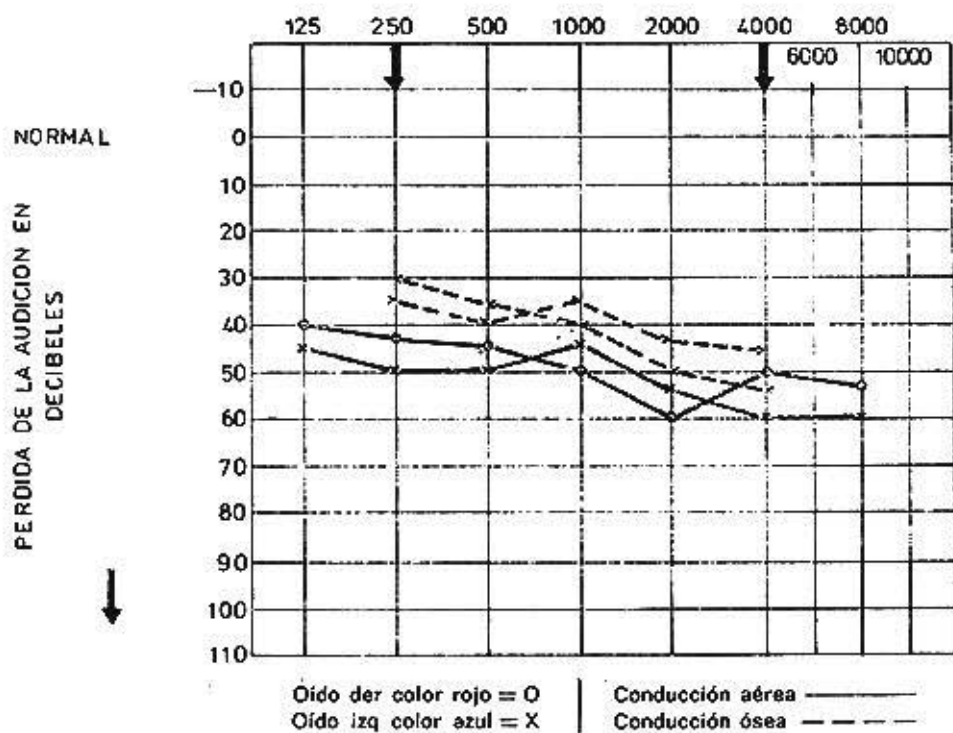


Gráfico 2.

pueden considerarse dentro de dos grandes grupos: las hereditarias y las adquiridas.

Las hereditarias pueden a su vez manifestarse desde el mismo momento del nacimiento o en períodos posteriores; y las adquiridas pueden ser prenatales, natales o posnatales.

En el momento actual han ido aumentando en las estadísticas las causas que pueden originar una sordera adquirida; asimismo, muchas que se consideraban hereditarias se incluyen hoy dentro del grupo de las adquiridas.

En forma general podemos señalar como causas más frecuentes, las siguientes embriopatía rubeólica, hipoxias o anoxias determinadas por traumatismos del parto, mala presentación fetal,

prematurez, hemorragias centrales, etc.; medicamentos ototóxicos como la estreptomycin, kanamicina, neomicina, quinina, salicilatos; enfermedades virales como la parotiditis, sarampión, meningitis o meningoencefalitis, diarreas graves con toxicosis; incompatibilidad Rh entre los progenitores, consanguinidad, etc.

MATERIAL Y METODO

Se realizó el estudio audiométrico y el examen otorrinolaringológico a 90 niños con edad mental por encima de 7 años, pertenecientes a las escuelas diferenciadas para sordomudos de la ciudad de Camagüey, y cuyas edades cronológicas oscilan entre 7 y 14 años. Del interrogatorio a padres y familiares se obtuvieron las causas que pueden haber

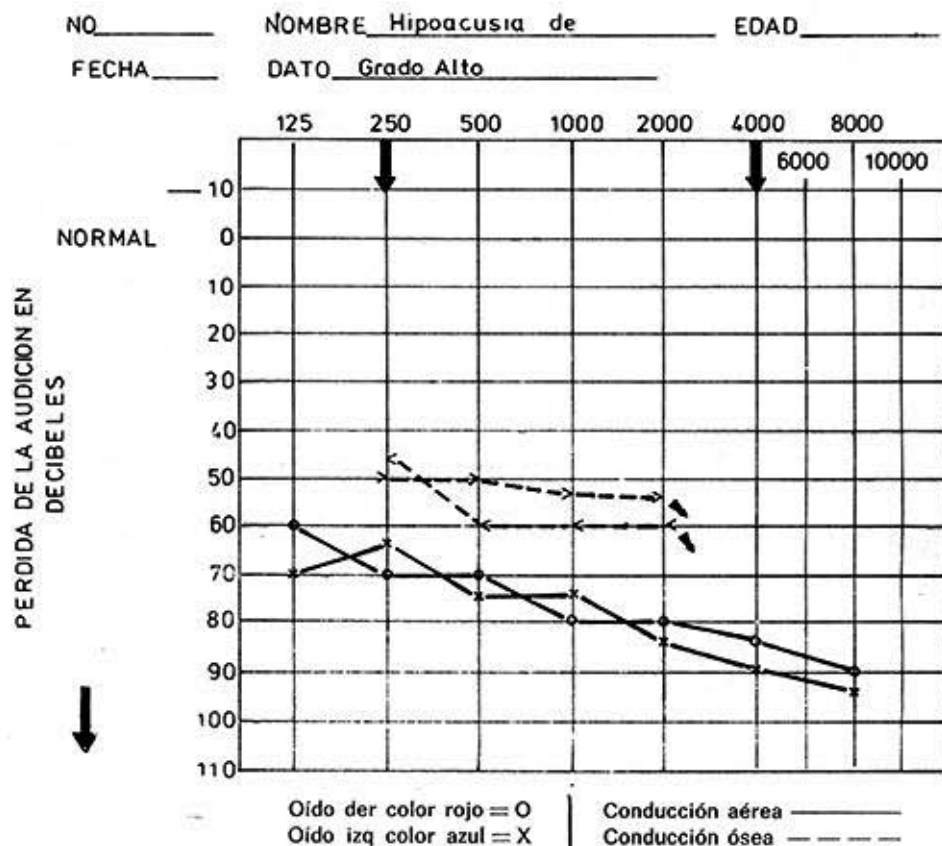


Gráfico 3.

determinado la sordera, y cuyos datos se encuentran en el expediente que cada niño posee en el Centro de Diagnóstico y Orientación.

RESULTADOS

Los niños estudiados se clasificaron por edades en la siguiente forma:

- 14 años: 17 niños
- 13 años: 42 niños
- 12 años: 12 niños
- 11 años: 6 niños
- 10 años: 2 niños
- 9 años: 6 niños
- 8 años: 4 niños
- 7 años: 1 niño

El estudio audiométrico nos permitió clasificarlos en la siguiente forma:

Sordos: 10 niños
—11,1% del total

Hipoacusia de grado alto: 73 niños
—81,1% del total

Hipoacusia de grado medio: 7 niños
7,8% del total

Nosotros consideramos que cuando se hace necesario señalar el grado de utilidad y aprovechamiento del uso de las prótesis auditivas por parte del niño, y teniendo en cuenta los hallazgos audiométricos en las denominadas hipoacusias de grado alto, debemos subdividir

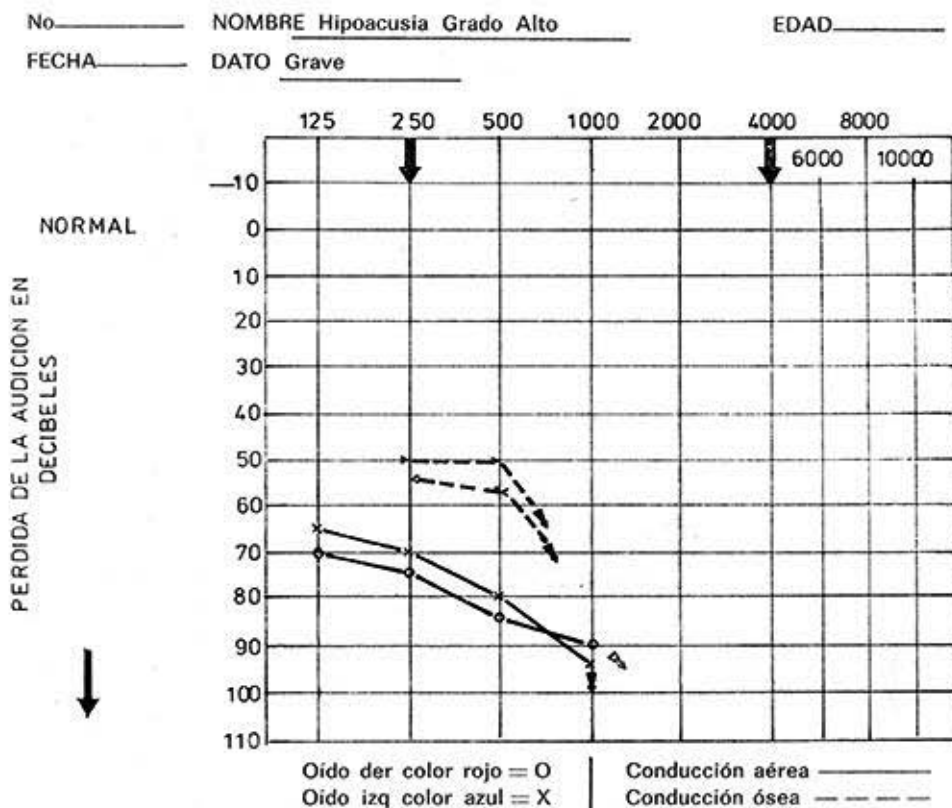


Gráfico 4.

las mismas en tres grupos que denominaremos:

Hipoacusias de grado alto graves, en las cuales la audición aérea oscila entre las frecuencias 125 y 500, y cuyo umbral de audición se encuentra entre los 70 y 90 decibeles (gráfico 4).

Hipoacusias de grado alto menos grave, cuya audición aérea oscila entre las frecuencias 125 y 4000 con audición ósea en frecuencias 250 y 1000, y cuyo umbral de audición se encuentra entre los 60 y 90 decibeles (gráfico 5).

Hipoacusias de grado alto leves, en las cuales la audición oscila entre las frecuencias 125 y 8000 con audición ósea en frecuencia 250 a 4000, y cuyo umbral de audición se encuentra entre los 60 y 80 decibeles (gráfico 6).

Dentro de las hipoacusias de grado alto encontramos lo siguiente:

Graves: 17 niños
18,8% del total

Menos graves: 20 niños
22,3% del total

Leves: 36 niños
40,0% del total

En las hipoacusias de alto grado graves, la prótesis sólo permitirá al niño ponerse en contacto con los ruidos o sonidos de su ambiente; mientras que en las hipoacusias de alto grado menos graves y leves, el uso de la prótesis auditiva precoz y la educación auditiva, les permitirá el desarrollo del lenguaje, aunque con gran déficit, sobre todo en la interpretación.

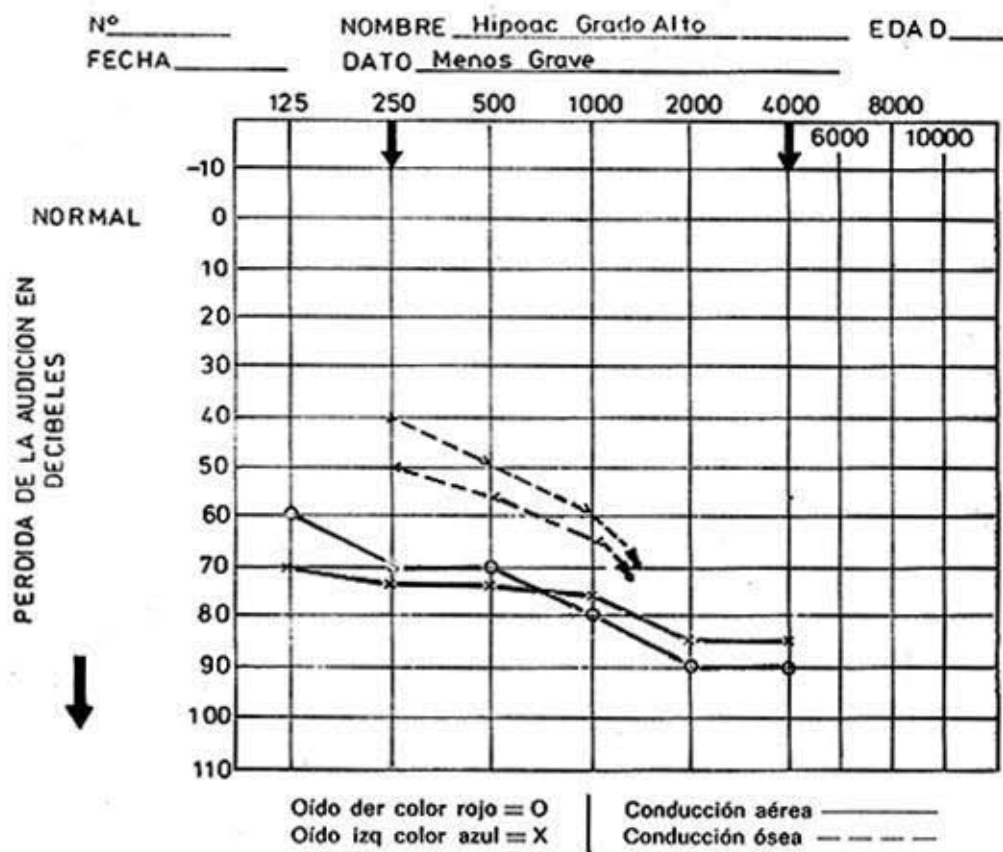


Gráfico 5.

En cuanto a las causas que pudieran originar la sordera, encontramos lo siguiente:

Rubéola: 40 niños (44,4%)
 —de 3 meses 28 (31,1%)
 —más de 3 meses 18 (13,3%)

Anoxias o hipoxias al nacer: 22 niños (24,4%).

Estreptomycin (antes de los 3 años): 19 niños (21,1%)

Convulsiones: 8 niños (8,8%)

Antecedentes de sordera familiar: 6 niños (7,4%)

Este grupo representó un alto porcentaje entre las posibles causas. Otras con menos incidencia fueron las siguientes:

Sarampión:	6 niños
Prematurez:	5 niños
Otit. Media:	5 niños
Padres alcohólicos:	4 niños
Parotiditis:	3 niños
Tosferina:	3 niños
Consanguinidad:	2 niños
Meningitis:	1 niño
Varicela:	1 niño
Desnutrición	1 niño

Hay que señalar que en 25 de los niños, estuvieron presentes más de una enfermedad; y que en 10 no se pudo determinar ninguna posible causa.

Nº _____ NOMBRE Hipoac Grado Alto _____ EDAD _____
 FECHA _____ DATO Leves _____

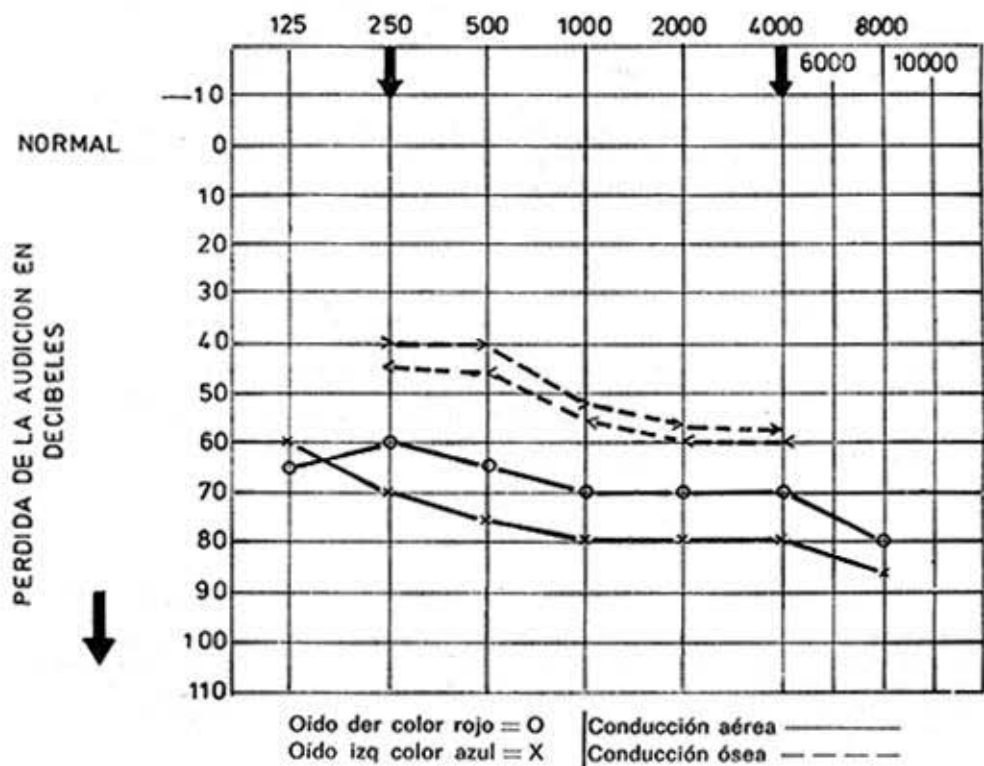


Gráfico 6.

Con respecto al sexo podemos decir que aunque en general se señala al sexo masculino como el más afectado, no se puede afirmar, sin embargo, que haya en realidad condiciones favorecedoras en el sexo masculino con respecto al femenino. En nuestros niños encontramos prácticamente la misma proporción de unos y otros, o sea, 42 fueron del sexo femenino y 48 del masculino.

COMENTARIOS

Se señala que el 11,1% de los niños fueron catalogados como sordos y el 81,1% como hipoacúsicos de grado alto; entre éstos, hay un 18,8% en los cuales el uso de la prótesis auditiva sólo les permitirá ponerse en contacto con los

ruidos de su ambiente, sin poder llegar a desarrollar el lenguaje; mientras que en el 62,3% sus restos auditivos les permiten, mediante el uso adecuado de las prótesis auditivas y la educación auditiva para sordos o hipoacúsicos, llegar a desarrollar el lenguaje aunque tengan algunas deficiencias en el mismo.

Como resultado de este estudio podemos decir, que el 70% del total es rehabilitable en mayor o menor grado.

Entre las causas más frecuentes hay que señalar a la embriopatía rubeólica como la mayor responsable de la aparición de esta enfermedad; le siguen por orden de frecuencia: las anoxias o hipoxias durante el parto, la administración de estreptomina y los factores de tipo hereditarios. El resto de las causas

estuvo presente en porcentajes muy bajos y no fue significativo.

CONCLUSIONES

Como conclusión para nuestro trabajo, tenemos que significar la importancia que tiene que todo niño nacido de madre que padeciera rubéola durante el embarazo, con toxicosis gravidica, par-

tos distócicos con sufrimiento fetal, hipoxias severas; o le haya sido administrado estreptomycinina o algún otro medicamento ototóxico durante los primeros años de su vida, sea seguido periódicamente por el otólogo o el otorrinolaringólogo, ya que es necesario para lograr un diagnóstico precoz de la alteración en la función auditiva, así como su correcta y oportuna orientación.

SUMMARY

Ronda Maricy, H. *A study on 90 deaf and dumb children.* Rev Cub Ped 48: 3, 1976.

In this study of deaf-dumbness the importance of audiometry in the detection of the auditive remains of the deaf child is stressed. The hypoacusis are classified according to the degree of hearing loss, and the utility of the early use of prosthesis for hearing is assessed in each group. The prophylactic importance of knowing the causes that may originate deaf-dumbness is stated as conclusion.

RESUME

Ronda Maricy. *A propos de l'étude de 90 enfants sourd-muets.* Rev Cub Ped 48: 3, 1976.

Une étude sur la surdi-mutité est réalisée. Là on signale l'importance de l'audiométrie dans la détection des restes auditifs dans l'enfant sourd. La hypoacousie est classifiée selon le degré de perte de l'audition, et dans chaque groupe on valorise l'utilité de l'emploi précoce des prothèses auditives. A la fin on signale l'importance prophylactique de la connaissance des causes qui peuvent entraîner une surdi-mutité.

РЕЗЮМЕ

Ронда Марией Э. Вопросы об изучении 90 глухонемых детей. Rev Cub Ped 48: 3, 1976.

Изучается глухонемота и отмечается значения аудиометрии при определении аудитивных остатков у глухих детей. Гипоакузия классифицировали по степени потери слуха и в каждой группы оценили выгоду применения слуховых протезов. В конце отмечается профилактическую значимость знания по каких причин может возникнуть глухонемота.

BIBLIOGRAFIA

1. Berendez, J. y otros. Tratado de Otorrinolaringología Tomo III/3. pp. 2155-2168. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1970.
2. Alonso, J. M. Tratado de Otorrinolaringología y Broncoesofología, II Id. pp. 503-516. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1964.
3. Portmam, M. Audiometría Clínica. III ed. pp. 362-366. Toray-Masson, S. A., Barcelona.

Recibido el trabajo: enero 18, 1975.