



Tratamiento del oído en la comunidad.  
BOLIVIA

ALAN CUNNINGHAM

## Abordando los problemas de oído y audición a nivel primario



**Jose M Acuin**  
Profesor de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Universidad De La Salle, Health Sciences Institute; Director para la Mejora de la Calidad Médica, The Medical City, Manila, Filipinas

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente la mitad de todos los casos de sordera y discapacidad auditiva podrían prevenirse si se tratan las causas comunes a nivel de atención primaria de salud. El cuidado primario tiene un rol particularmente importante a jugar en los países con ingresos bajos y medios, donde vive el 80% de los 360 millones de personas que se estima que tienen una hipoacusia discapacitante en todo el mundo.<sup>1</sup>

### Abordando las causas y factores de riesgo

Si se crea conciencia a nivel comunitario, si se brinda tratamiento temprano y una derivación oportuna a servicios especializados, las intervenciones de cuidados primarios pueden abordar las causas más comunes de la hipoacusia alrededor del mundo, es decir, otitis media aguda y crónica, factores genéticos y envejecimiento. Los cuidados primarios también pueden enfocarse en otras causas de la sordera, tales como las infecciones durante el embarazo (p.ej., rubéola o sífilis) o durante la infancia (p.ej., meningitis, sarampión, paperas o malaria cerebral). Por ejemplo, cuando se ofrecen vacunas, educación sobre salud pública, cuidados intensivos y seguimientos periódicos a niños con enfermedades respiratorias y/u otitis media aguda, un programa de atención primaria puede reducir tanto la hipoacusia de corto plazo como la de largo plazo debido a las perforaciones del tímpano y las complicaciones de secreción ótica de larga data.

### Reduciendo el impacto de la hipoacusia

La atención primaria puede también ayudar a reducir el impacto de la sordera y de la hipoacusia, ofreciendo rehabilitación y haciendo que la comunidad tenga conciencia sobre los derechos de las personas a la educación, el empleo y el bienestar. Esto tiene efectos beneficiosos no sólo en personas afectadas, sino también en sus familias, que pueden verse empobrecidas por la carga de mantener a un familiar con discapacidad y por la ausencia de un trabajador potencialmente productivo.

### Haciendo de la atención primaria una realidad

Aunque pocos pueden estar en desacuerdo con los beneficios potenciales del cuidado primario del oído y la audición, en muchas regiones de ingresos bajos y medios continúa siendo una promesa no cumplida. Para que la atención primaria sea una realidad, deben estar presentes cuatro componentes críticos:

#### Trabajadores de atención primaria de salud competentes y empoderados:

Una cantidad suficiente de personal debe capacitarse para brindar un cuidado oportuno, apropiado y respetuoso a personas con riesgo de sufrir sordera. Este personal debe implementar vías y protocolos de cuidados que integren las pruebas de audición y la

Continúa al dorso ➤

EN ESTA EDICIÓN

- Abordando los problemas de oído y audición a nivel primario  
Jose M Acuin **1**

---

- Síntomas más frecuentes del oído y la audición: consejos para la evaluación a nivel primario  
Padman Ratnesar **3**

---

- Atención primaria del oído externo  
Padman Ratnesar e Ian Mackenzie **5**

---

- Trastornos que afectan el oído medio: qué hacer a nivel primario  
Diego J Santana-Hernández, Padman Ratnesar y Paddy Ricard **6**

---

- Cómo referir a un paciente: consejos prácticos  
Andrew Smith **9**

---

- Mejorando la comunicación con pacientes con hipoacusia  
Valerie E Newton y Seema Rupani Shah **10**

---

- "Señales de alarma" a nivel primario **12**

otoscopia en encuentros clínicos de rutina y en las visitas a domicilio. También debería tener la posibilidad de garantizar a los pacientes con hipoacusia, el acceso a servicios de atención de salud y estar incluidos en programas de bienestar social. El equipo de personal de salud disponible para la capacitación en cuidados primarios del oído y la audición variará en cada región. En países con ingresos bajos y medios con geografías difíciles, la mayoría de clínicas en pueblos son atendidas por parteras o por un trabajador voluntario de la salud; o incluso en centros urbanos extensos, los médicos generales, enfermeras y parteras tanto en instalaciones privadas como gubernamentales deben desempeñar varios roles y brindar una variedad de servicios de atención primaria.

**Tecnologías costo-efectivas para detectar y tratar los problemas de audición:**

Audiómetros, timpanómetros y otros aparatos que sean robustos, portátiles de campo, deben producirse en masa para tamizaje de la pérdida auditiva en recién nacidos. La provisión de aparatos de amplificación auditiva a nivel de atención primaria y la garantía de su uso continuo aún sigue siendo un reto. El aparato ideal de amplificación auditiva para un país pobre sería aquel que sea muy barato, casi gratuito, a prueba de choques, resistente a la intemperie, recargable, que posea las especificaciones técnicas requeridas y que esté en armonía con apariencias culturalmente definidas de modo que sea virtualmente invisible. Pero incluso ese aparato ideal tendría una vida útil limitada, necesitaría mantenimiento periódico y un cambio en la medida que la pérdida auditiva evolucione. Dado que las instalaciones de distribución y los técnicos de atención primaria, se debe encontrar una tecnología que permita a los mismos usuarios probarse y descartar los audífonos sin comprometerse a costosos moldes de oído, baterías, reparaciones y mantenimiento.

**Sistemas de referencia que funcionan e instalaciones hospitalarias adecuadas:**

La credibilidad del programa de prevención de sordera y de los trabajadores de atención primaria se verá afectada si todo el sistema falla a estas personas después de haber identificado la pérdida auditiva o si los pacientes con sordera continúan sufriendo la falta de acceso a los servicios de audición. Las instalaciones de alto nivel atendidas por especialistas



PIETVAN HASSELT

**Atención primaria de oído. MALAWI**

adecuadamente capacitados, que pueden proporcionar una mayor evaluación y un tratamiento definitivo, deben apoyar a los trabajadores de atención primaria. Cuando los sistemas de referencia son limitados por una distribución desigual de los recursos humanos, los trabajadores de atención primaria deben desarrollar

**“El cuidado primario del oído y la audición continúa siendo una promesa no cumplida en muchas regiones de ingresos bajos y medios”**

sus propias redes personales de colegas para facilitar el acceso a un cuidado más avanzado. El gobierno y las instalaciones privadas, así como los proveedores, deben ser instados a establecer sociedades formales e informales para brindar servicios a las personas con hipoacusia.

**Apoyo del gobierno y de la comunidad:**

El gobierno y la sociedad civil deben apoyar e invertir en infraestructura de atención primaria, recursos humanos, intervenciones promotoras y preventivas, así como en tratamientos

y servicios de rehabilitación para las personas con hipoacusia a todos los niveles del sistema de salud.

**Conclusión**

Si se promueve la salud a nivel comunitario, abordando las causas potenciales de la sordera y si se aprovecha la capacidad de las comunidades para implementar las intervenciones locales para mejorar el bienestar de las personas con discapacidad auditiva, los trabajadores de cuidado primario del oído y la audición pueden no solo reducir la incidencia de la sordera sino también atenuar sus efectos devastadores. Esta edición tiene el propósito de ayudar a cualquier trabajador que se dedique a la provisión de cuidado primario del oído y la audición, ofreciendo consejos sobre cómo abordar los problemas comunes de oído y audición.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Sordera y Discapacidad Auditiva, Hoja Técnica. [www.who.int](http://www.who.int)



Esta revista es financiada por CBM



**Editora**  
Dr Paddy Ricard

**Comité Editor**  
Dr Diego J Santana-Hernández (Presidente del Comité)  
Dr Ian Mackenzie  
Profesora Valerie E Newton  
Dr Padman Ratnesar  
Profesor Andrew Smith  
Dr Tony Sirimanna

**Consultor Regional**  
Dr Jose M Acuin (Filipinas)

**Asistente Editorial**  
Joanna Jeremy

**Diseño**  
Lance Bellers

**Impresión**  
Newman Thomson

**Edición en línea**  
Ver las 'Publicaciones' en <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk>

**Cómo suscribirse**  
La revista se envía de manera gratuita a lectores que trabajan en países con ingresos bajos y medios. Para suscribirse, por favor envíe su nombre, ocupación, dirección postal, número

teléfono y correo electrónico a: Joanna Jeremy, Community Ear and Hearing Health, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Reino Unido. Email: [Joanna.Jeremy@lshtm.ac.uk](mailto:Joanna.Jeremy@lshtm.ac.uk)

Recomendamos a nuestros lectores de países de ingresos altos que realicen una donación anual de UK£10. Para suscribirse, por favor contacte a Joanna Jeremy (como se ve arriba).

**Correspondencia**  
Por favor envíe todas sus consultas a: Joanna Jeremy (para detalles de contacto, véase a la izquierda).

**Derechos de autor**  
Los artículos pueden ser fotocopiados, reproducidos o traducidos, siempre que no se usen para fines de lucro comercial o personal. Los reconocimientos deben realizarse a los autores y a *Community Ear and Hearing Health (Salud Comunitaria del Oído y la Audición)*.

# Síntomas más frecuentes del oído y la audición: consejos para la evaluación a nivel primario



**Padman Ratnesar**  
Especialista  
otorrinolaringólogo  
y Cirujano de cabeza  
y cuello (fallecido),  
Bromley NHS Trust  
Hospitals,  
Reino Unido

Los pacientes usualmente consultan a un profesional de salud sobre sus oídos o su audición cuando su calidad de vida se ve considerablemente afectada. Este artículo es una guía para evaluar los síntomas más frecuentes y llegar a una decisión sobre su tratamiento.

## "No puedo oír"

Tendrá que hacer algunas preguntas, examinar el oído y evaluar la audición del paciente para decidir cómo proceder.

- Pregúntele al paciente:
  - ¿Su pérdida de la audición ocurrió repentinamente en las últimas 48 horas? Si la respuesta es "sí" derive al paciente a un audiólogo inmediatamente: puede ser posible mejorar la audición o evitar que empeore.
  - ¿Su audición ha empeorado gradualmente? Se puede encontrar una causa tratable.
  - ¿Siente ruidos en el oído o mareo? (ver a continuación).
  - ¿Tiene algún otro problema como dolor de oído o secreción en el oído? Si la respuesta es "sí", estos problemas necesitarán tratamiento antes de que la pérdida de la audición pueda ser controlada con un audífono.
- Examine el oído (ver las secciones a continuación y las páginas 5 a la 8). Es preferible utilizar un otoscopio para examinar el conducto auditivo externo y el oído medio.

## ANATOMÍA DEL OÍDO

El gráfico a continuación<sup>1</sup> muestra los diferentes componentes del oído externo (oreja), oído medio y oído interno:

- El pabellón auditivo recoge las ondas sonoras, que después viajan a través del conducto auditivo externo hacia el oído medio.
- Las ondas sonoras que viajan por el conducto auditivo externo causan que el tímpano vibre, lo cual a su vez hace que los tres huesecillos transmitan el sonido al oído interno.
- Esta vibración amplificada de los huesecillos del oído medio es transmitida a través del líquido de la cóclea (la parte auditiva del oído interno). El octavo par craneal conecta la cóclea al cerebro.

Como profesional de salud siempre se debe tener en cuenta la conexión del oído con la nariz y la garganta a través de la trompa de Eustaquio, la cual drena líquido del oído medio y equaliza la presión dentro del mismo. Cualquier infección del tracto respiratorio superior puede causar una disfunción de la trompa de Eustaquio y una subsecuente infección o inflamación del oído medio.

- 3 Evalúe la audición del paciente (consulte el cuadro a continuación).<sup>2</sup>

Los pacientes con pérdida de la audición sin conexión con una enfermedad del oído deben ser derivados a un centro especializado para más evaluaciones de la audición.

## INSTRUCCIONES SIMPLES PARA EVALUAR LA AUDICIÓN DE UN PACIENTE

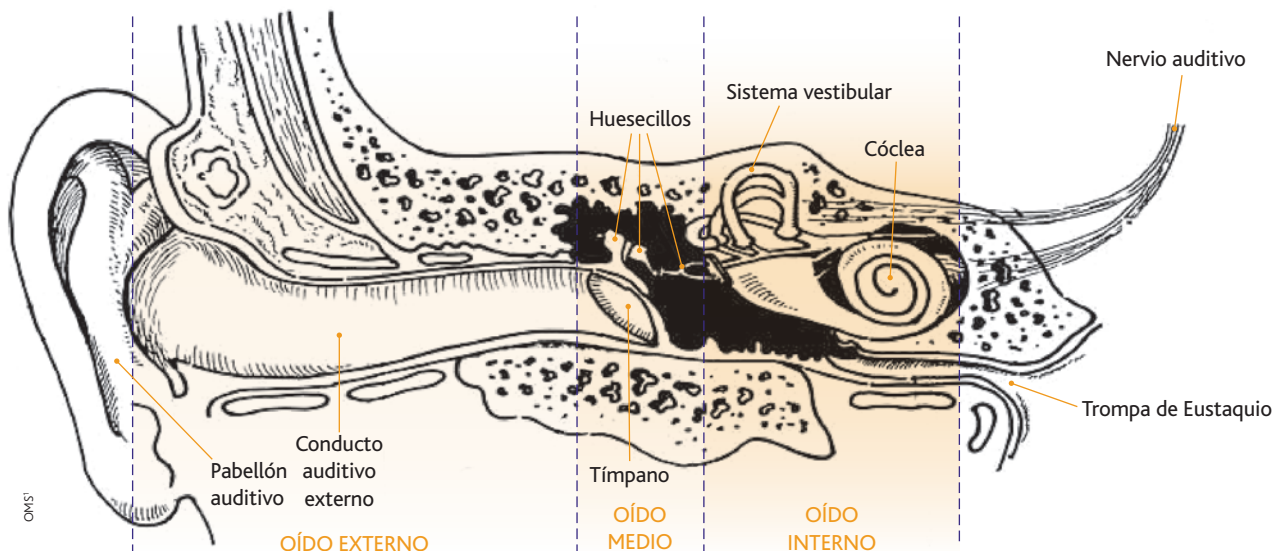
### Si el paciente es un adulto o un niño de 5 años o más:

- Colóquese a un metro de distancia y sostenga un cuaderno delante de su cara o boca para prevenir que le puedan leer los labios.
- Dé una instrucción en voz muy baja, por ejemplo "Ponga su mano sobre su cabeza".
- Estime el grado de pérdida de la audición al notar si tiene que subir la voz a un nivel moderado, más alto o si no hay respuesta.
- Repita las instrucciones para comprobar la confiabilidad.
- Si sospecha la pérdida unilateral de la audición, bloquee el conducto auditivo externo del oído con mejor audición presionando sobre el trago (la protuberancia delante del conducto auditivo externo) colocado de pie detrás del paciente. Después evalúe la audición del oído afectado.

### Si el paciente es un niño menor de 5 años:

- Pídale a la madre que siente al niño sobre su falda, sosteniéndolo(a) por la cintura.
- Colóquese un metro detrás y ligeramente al lado, asegurándose de que el niño no sepa que está ahí.
- Hable en voz baja o haga un sonido como un zumbido.
- Fíjese si el niño voltea a verlo, si tiene que levantar la voz para que lo haga o si el niño no voltea.
- Observe si hay confusión sobre de dónde proviene el sonido (p.ej. ¿el niño mira en otra dirección primero?).
- Repita la evaluación de la audición para comprobar la confiabilidad.

Continúa al dorso ➤



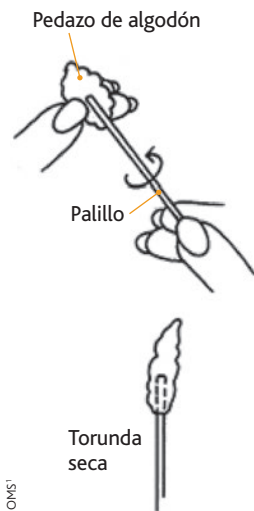


## COMO LIMPIAR LA SECRECIÓN CON UNA TORUNDA SECA

Envuelva un pedazo suelto de algodón alrededor de un palillo delgado, de no más de 2 mm de diámetro (como a continuación <sup>1,2</sup>).

El pedazo de algodón debe estar sujetado firmemente en un extremo del palillo y ser esponjoso en el otro, de forma que absorba cualquier secreción.

No introduzca la torunda seca más allá de donde se ve la secreción.



## "Me duele el oído"

Este es un síntoma frecuente. Puede ser debido a: causas localizadas en el oído externo, causas localizadas en el oído medio o dolor referido (un dolor percibido en el oído, pero su origen está en otro lugar).

- 1 Establecer si el dolor es referido de un lugar distinto al oído. Las tres causas más comunes de dolor referido son una infección sinusal, una infección dental o una infección de las amígdalas. Pídale al paciente que abra la boca mientras usted ejerce presión delante del oído en la articulación temporomandibular (la articulación de la mandíbula): si el paciente siente un aumento del dolor, el dolor de oído es realmente un dolor referido y la causa es una de las tres mencionadas anteriormente (infección de un diente, amígdalas o senos paranasales).

**Tratamiento:** Recete un analgésico como paracetamol. Trate la infección con antibióticos (por vía oral o por vía inyectable) o derive al paciente a una persona capaz de tratarlo.

- 2 Si el dolor de oído no es un dolor referido:

- Revise que no haya un proceso inflamatorio afectando el pabellón auditivo: los procesos comunes (ver la página 5) son furunculitis, herpes zóster y carcinoma (cáncer).
- Revise el conducto auditivo externo para descartar la presencia de un cuerpo extraño (ver las instrucciones para su extracción en la página 5).
- Compruebe que puede ver el tímpano y descarte cualquier inflamación, infección o perforación (ver las páginas 6 a la 8). Si no puede ver el tímpano, ¿hay una inflamación o infección en el conducto auditivo externo, tal vez hay signos de pus o líquido (otitis externa)? (Ver la página 5 para tratamiento).
- Si no hay perforación ¿el tímpano está abombado o está retraído? El líquido en el oído causará que el tímpano se abombe lo que causa dolor. Si el tímpano está retraído, es una señal de que la trompa de Eustaquio está obstruida lo cual también causará dolor (ver las páginas 6 a 8).

## "Me sale un líquido por la oreja"

Cuando hay secreción lo más probable es que sea debido a una infección. Puede ser líquida o purulenta (espesa y amarillenta, a veces con rastros de sangre) y ocasionalmente tiene mal olor.

- 1 Primero, seque la secreción para ver el conducto auditivo externo. Use torundas secas (ver a la izquierda) si ha sido capacitado para usarlas.<sup>2</sup> Si no, puede utilizar mechas hechas con algodón limpio.

- 2 Si no hay perforación del tímpano, trate como una otitis externa (ver la página 5 para tratamiento).
- 3 Si hay una perforación del tímpano, ésta es una alteración del oído medio. Compruebe si hay signos de cualquier complicación (ver el cuadro en la página 8) y derive al paciente a un audiólogo. Hasta que el paciente asista al hospital, trate el proceso como una otitis media aguda o crónica, dependiendo si el oído ha tenido una secreción por menos o más de dos semanas, respectivamente (ver las páginas 6 a la 8).

## "Tengo un zumbido en el oído"

Este "zumbido" se conoce como tinitus: la persona oye sonidos en diferentes frecuencias en el oído en ausencia de cualquier fuente visible de sonido.

- 1 Si el tinitus está asociado con vértigo (mareo), derive inmediatamente ya que esto indica un problema con el octavo par craneal.
- 2 Descarte cualquier cuerpo extraño o anomalías en el conducto auditivo externo o el tímpano, incluyendo el oído medio. Un cuerpo extraño puede causar tinitus (ver las instrucciones para su extracción en la página 5).
- 3 Busque una anomalía en el tímpano (p.ej. una perforación): de ser el caso, derive a un audiólogo para más tratamiento.
- 4 Realice una evaluación simple de la audición para determinar si hay pérdida de la audición (ver la página 3). Algunas pérdidas de la audición están asociadas a tinitus y un audífono puede ayudar.
- 5 Una vez que todas las causas posibles relacionadas al oído se han descartado, considere otras causas. Los problemas del cuello (artrosis cervical o artritis del cuello) pueden ser frecuentemente responsable del tinitus. Los traumatismos a la cabeza, la presión alta, la anemia grave y la infección aguda de la cavidad oral que se propaga al oído medio también pueden ser la causa de tinitus.

## "Me siento mareado"

El mareo (vértigo) está relacionado generalmente a la alteración del mecanismo del equilibrio (sistema vestibular) ubicado en el oído interno.

- 1 Si no hay una enfermedad en el oído y la audición es normal, las causas posibles pueden estar relacionadas a una presión anormal, anemia o diabetes. Compruebe que no haya desnutrición, ya que frecuentemente es causa de anemia y otras alteraciones metabólicas como la diabetes.
- 2 Si hay una enfermedad del oído y/o una pérdida de la audición, derive a un audiólogo. El mareo es un signo de una complicación en el oído interno. Si el paciente presenta sordera en un oído, tinitus y vértigo, esto puede ser una alteración muy grave. Derive inmediatamente.
- 3 Si no hay una causa obvia como las mencionadas anteriormente, descarte toda anomalía en la columna cervical: pida al paciente que mueva la cabeza y que mire hacia arriba, a los lados y hacia atrás. Si esto causa vértigo, entonces el problema está relacionado con el cuello (artrosis cervical).
- 4 Si todas las causas previas han sido descartadas, derive a un neurólogo para más estudios. El mareo nunca debe ser ignorado.

<sup>1</sup> Este diagrama está reimpreso de: Organización Mundial de la Salud, *Recurso de capacitación en cuidado primario del oído y la audición* (OMS: Ginebra, 2008). Este recurso de capacitación está dirigido a trabajadores de salud de nivel primario en países de ingresos bajos y medios y puede ser solicitado gratis enviando un correo electrónico a: [WHOPBD@who.int](mailto:WHOPBD@who.int)

<sup>2</sup> Encontrará más información detallada en: *Recurso de capacitación primaria del oído y la audición* (OMS: Ginebra, 2008).

# Atención primaria del oído externo



**Padman Ratnesar**

Especialista otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello (fallecido), Bromley NHS Trust Hospitals, Reino Unido



**Ian Mackenzie**

Otorrinolaringólogo (jubilado), Ex director del Grupo de deficiencia auditiva (Hearing Impairment Group), Liverpool, Reino Unido

Existen tres tipos de problemas que afectan comúnmente al oído externo (ver el diagrama en la página 3): los traumatismos (lesiones) del pabellón auditivo, los trastornos inflamatorios que afectan el pabellón auditivo y las estructuras circundantes y el bloqueo (obstrucción) del conducto auditivo externo.

## Traumatismo del pabellón auditivo

- Si el traumatismo acaba de ocurrir, aplique una compresa fría sobre el pabellón auditivo.
- Si hay un hematoma (una hinchazón debajo de la piel que contiene sangre), deje que se resuelva por sí mismo (a menos que haya una persona con experiencia disponible para drenar el hematoma).
- Curar cualquier desgarro o herida con gasa con vaselina, de estar disponible. De lo contrario usar un apósito seco.
- Cualquier herida que necesite ser suturada debe ser derivada a un médico con experiencia en reconstrucción facial/de oído.

## Otitis externa

La inflamación (con o sin infección) del pabellón auditivo y/o el conducto auditivo externo es descrita generalmente como una "otitis externa". Las causas incluyen:

- infecciones no localizadas como resultado de un traumatismo
- infecciones localizadas tales como forúnculos (infección de un folículo piloso) o una úlcera (llaga)
- herpes zóster o culebrilla
- eccema
- carcinoma (cáncer) del pabellón auditivo
- diabetes (**nota:** no se puede tratar exitosamente la otitis externa si la diabetes no está bajo control. Así que siempre derive a estos pacientes para dar tratamiento a su diabetes primero).

En todos los pacientes, hay que secar con una torunda toda la secreción y revisar si el tímpano está perforado. De ser así, este es un trastorno del oído medio (ver las páginas 6 a 8).

Si no hay una perforación, el tratamiento es el siguiente:

### Eritema e hinchazón del pabellón auditivo

- Un **eritema generalizado** del pabellón auditivo puede ser una **reacción alérgica** o una infección bacteriana. Una alergia puede estar asociada con rinitis e hinchazón en otras áreas de la cara y del cuerpo. Aplique una crema antihistamínica a nivel local. En el caso de una **infección bacteriana**, el paciente puede sentirse indispuesto y tener temperatura. Dé tratamiento con antibióticos orales y aplique una crema antibiótica.
- Si identifica un **eccema**, dé tratamiento con una crema antihistamínica. Si no responde después de una semana, use una crema corticoidea.
- Una **lesión localizada** del pabellón auditivo puede considerarse sospechosa de carcinoma (un cáncer común que debe ser tratado precozmente). Derive al paciente.
- Se debe dejar que el **herpes zóster** se resuelva por sí mismo, a menos que sea necesario el tratamiento sintomático.

### Eritema e hinchazón del conducto auditivo externo

La forma más simple de tratamiento es la siguiente:

- Llene el conducto auditivo externo con una pasta de sulfato de magnesio usando una jeringa de 1 ml (¡no usar la aguja!).
- Poner algodón hidrófilo sobre el pabellón auditivo. La pasta drenará hacia él.



Limpieza del oído con jeringa. MADAGASCAR

- Lave con solución salina y aplicar la pasta nuevamente al día siguiente.
- Haga esto una vez al día por tres a cinco días consecutivos.

Si la pasta de sulfato de magnesio no está disponible, limpie el oído con una solución salina. En cualquier caso, si el paciente no responde al tratamiento después de dos semanas, derívelo.

## Obstrucción del conducto auditivo externo

El conducto auditivo externo puede estar bloqueado por un cuerpo extraño (semilla, cuenta, etc.) o por cerumen. En cualquier caso, el tratamiento será el mismo:

### Revise si el tímpano está perforado

Si no puede ver el tímpano, pídale al paciente que inhale, cierre la boca, apriete las fosas nasales hasta cerrarlas y que sople e infle sus mejillas. Si no siente un aumento de la presión dentro del oído y siente en su lugar una sensación de burbujas de aire, entonces hay una perforación. En este caso irrigue con una jeringa con agua tibia el conducto auditivo externo y derive el paciente a un especialista.

### Si no hay perforación

Irrigue con una jeringa con agua tibia el conducto auditivo externo para extraer el cerumen o el cuerpo extraño:

- Ponga gotas de aceite de oliva (una o dos veces) dentro del conducto auditivo externo. Eso cubrirá al cuerpo extraño, lo que ayudará al momento en que irrigue con una jeringa con agua tibia el conducto auditivo externo y reducirá el traumatismo causado por el cuerpo extraño en el tímpano.
- Use de preferencia una jeringa plástica desechable de 20 ml con una boquilla de Luer ¡Use solo la cubierta, no la aguja! Si usa una jeringa de metal, asegúrese de que tenga una boquilla redondeada que no pueda entrar al conducto auditivo externo.
- Use solución salina o agua con sal (poner una cucharadita llena de sal en un vaso de agua). Recuerde que debe estar a temperatura corporal. No use agua sola, ya que puede ser absorbida por el cerumen o por cuerpos extraños vegetales (y, por lo tanto, aumentaría el bloqueo).
- Jale el pabellón auditivo hacia atrás y ponga la punta de la jeringa a la entrada del conducto auditivo externo antes de empujar lentamente el émbolo.
- Derive si no puede extraer cualquier cuerpo extraño o cerumen impactado.
- Revise la audición del paciente después de todo procedimiento en el conducto auditivo externo.

## Deformidades del oído externo

Si existe alguna deformidad del pabellón auditivo y/o conducto auditivo externo, el paciente aún puede tener buena audición y podría beneficiarse de una opinión experta.

RICHARD WAGNER/GEICO



Imagen 1. Infección del pabellón auditivo

RICHARD WAGNER/GEICO

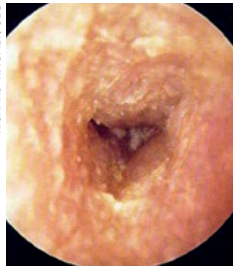


Imagen 2. Inflamación del conducto auditivo externo

PADMAN RATNESAR



Imagen 3. Herpes zóster

PADMAN RATNESAR



Imagen 4. Carcinoma del pabellón auditivo

# Trastornos que afectan el oído medio: qué hacer a nivel primario



**Diego J Santana-Hernández**  
Cirujano ORL, Asesor Global Senior de CBM-Internacional para el Cuidado del Oído y la Audición y Asesor Regional para América Latina, Santa Cruz de Tenerife, España



**Padman Ratnesar**  
Especialista otorrinolaringólogo y Cirujano de cabeza y cuello (fallecido), Bromley NHS Trust Hospitals, Reino Unido



**Paddy Ricard**  
Editora de Salud Comunitaria del Oído y la Audición (ediciones en español, inglés y francés), Asesora editorial, Londres, Reino Unido

## Problemas comunes que afectan el oído medio

El oído medio (ver el diagrama en la página 3) es susceptible a la inflamación e infección. Ambos eventos están frecuentemente asociados con infecciones de las vías respiratorias altas. Los trastornos del oído medio que no reciben tratamiento generalmente se vuelven crónicos, especialmente en países de bajos recursos.

Los trastornos del oído medio con los que tendrá que lidiar se pueden dividir en cuatro categorías:

- 1 La otitis media serosa (OMS)** es una acumulación de líquido en el oído medio como resultado de alergias, una infección viral o una disfunción de la trompa de Eustaquio. También se le conoce como "otitis media adhesiva".
- 2 La otitis media aguda (OMA)** es una infección aguda (p.ej. menos de dos semanas de duración) del oído medio. La diferenciaremos, por motivos prácticos, entre "OMA sin perforación" (del tímpano) y "OMA con perforación".
- 3 La otitis media crónica (OMC)** es una infección que ha estado presente por más de dos semanas. Se caracteriza por una perforación del tímpano con o sin secreción. Una infección crónica que no recibe tratamiento podría resultar en un oído con secreción permanente (conocida como "otitis supurativa crónica" u OMSC), otras complicaciones e incluso la muerte.
- 4 Una perforación seca del tímpano** que es usualmente una secuela de una infección del oído medio (rara vez por un traumatismo) y a veces se le conoce como "OMC inactiva". En este caso el tímpano está perforado pero no hay secreción en el oído. A veces, el oído solo presenta secreción después de haber estado en contacto con agua o cuando el paciente tiene una infección de las vías respiratorias altas.



Examen otoscópico del tímpano. BRASIL

Estos trastornos del oído medio están relacionados unos con otros (ver el diagrama en la página opuesta) de la siguiente manera:

La **OMA** puede causar que el tímpano se abombe debido a la acumulación de líquido. Si el trastorno no recibe tratamiento, la membrana del tímpano eventualmente puede romperse y producir una **perforación**; esta perforación alivia el dolor y produce una secreción purulenta.

Cuando la **OMA** se resuelve, puede causar una **OMS** antes de volver a la normalidad o puede permanecer como una **OMS** a menos que reciba tratamiento.

En cambio, una **OMS** que se desarrolle en ausencia de una infección puede convertirse en una **OMA** (cuando el líquido no drena apropiadamente por la trompa de Eustaquio, puede causar una infección del oído medio).

En algunos casos, la **OMA** no sana y puede convertirse en una **OMC**, especialmente cuando hay infecciones de repetición y ha habido secreción en el oído o hay enfermedades de fondo afectando la trompa de Eustaquio, tales como infecciones de las vías respiratorias altas, alergias, etc.

Las **perforaciones secas** pueden ser resultado de una **OMC** que se resolvió por sí sola. Si una infección ocurre nuevamente, una perforación seca puede convertirse en una **OMC**.



Secreción en el oído

TABLA 1 DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO A NIVEL PRIMARIO

	Sin secreción			Oído con secreción	
	OMS*	Perforación seca	OMA* sin perforación	OMA* con perforación	OMC*
<b>Secreción</b>	No	No	No	Sí, por menos de 2 semanas	Sí, por más de 2 semanas
<b>Dolor</b>	Moderado o ninguno	No	Sí, agudo y con un, o varios, episodio/s de fiebre	No (a menos que haya una complicación endocraneal)	No (a menos que haya una complicación endocraneal)
<b>Perforación del tímpano</b>	No	Sí	No	Sí	Sí
<b>Tímpano</b>	Opaco, succionado. No hay vasos sanguíneos visibles bajo la luz del otoscopio	Perforación (el tamaño puede variar). Las estructuras del oído medio pueden estar deformadas	Tímpano abombado, rojo. Los vasos sanguíneos son visibles bajo la luz del otoscopio	Perforación (usualmente del tamaño de un agujero de alfiler). A veces es difícil de ver debido a la presencia de una secreción purulenta	Perforación, con o sin granuloma o colesteatoma visible, usualmente en el cuadrante superior posterior (Imagen 6)
<b>Pérdida de la audición</b>	Sí	Sí (a veces pasa desapercibida)	Sí	Sí	Sí
<b>Vértigo</b>	No (pero los niños pueden parecer torpes)	Puede estar presente	Sí o No	Sí o No	Sí o No

\* OMS = otitis media serosa, OMA = otitis media aguda, OMC = otitis media crónica

## Datos importantes para el personal de atención primaria de salud

La OMS y la "OMA sin perforación" son condiciones reversibles: si son tratadas a tiempo, la inflamación desaparece y la audición se recupera.

Una vez que ocurre la perforación del tímpano (en la OMC y "OMA con perforación"), el oído medio se vuelve más susceptible a más infecciones. La pérdida de la audición podría convertirse en permanente. Idealmente, una perforación del tímpano, con o sin secreción, debe ser derivada siempre a un especialista de oído, nariz y garganta (otorrinolaringólogo, ORL) o, donde tales especialistas no estén disponibles, al doctor o profesional de salud con más experiencia en temas del oído (p.ej. un pediatra con experiencia).

Todas las infecciones del oído medio (agudas o crónicas) puede causar **complicaciones muy serias y la muerte**, ya que la infección puede propagarse del oído medio al hueso mastoideo, el cerebro o el nervio facial. Es importante derivar con urgencia si se sospecha cualquier complicación (ver cuadro en la página 8).

Muchos trastornos o complicaciones crónicas del oído medio no pueden ser tratadas con éxito sin la ayuda de un ORL. Los ORL no están fácilmente disponibles en países de ingresos bajos y medios, por lo tanto, la intervención a nivel primario es crucial para la prevención y la detección temprana.

El rol de un profesional de atención primaria de salud consiste en:

- Detectar a los pacientes que presentan trastornos del oído medio.
- Tratar la OMA y la OMS a tiempo y dar seguimiento después del tratamiento. Esto evitará que suceda la OMC, la cual causa daño irreversible y es muy difícil de tratar a nivel primario.
- Derivar todos los casos de OMC a un ORL, donde sea posible, para poder recuperar un oído limpio, seco y seguro.
- Reconocer y derivar con suma urgencia todas las complicaciones de trastornos del oído medio (ver el cuadro en la página 8).
- Aumentar la conciencia a nivel de la comunidad sobre la importancia de la presentación y tratamiento tempranos.

## Identificación de los problemas del oído medio a nivel primario

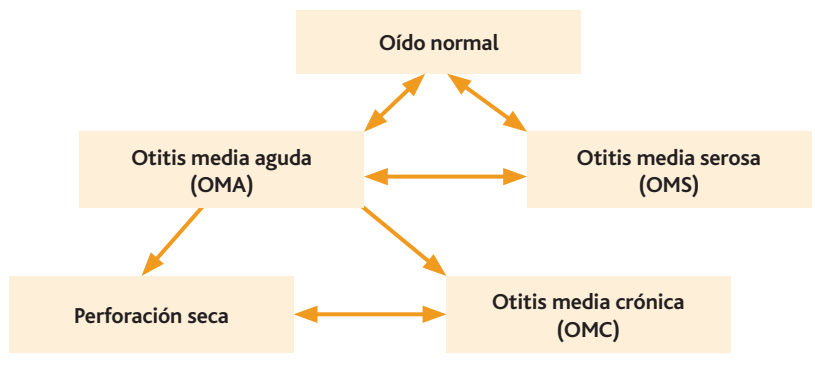
Antes de examinar el tímpano, ciertos signos de alarma deben avisarnos sobre el hecho de que el oído medio pudiera estar afectado:

- Secreción continua o antecedentes de secreción continua (esto indica una infección crónica).
- Cualquier signo neurológico, p.ej. mareo o falta de coordinación (esto puede indicar complicaciones potenciales).
- Pérdida de la audición o tinitus asociados.

El entender los trastornos comunes del oído y tomar una buena historia clínica nos proporcionará un diagnóstico válido en muchos casos. Sin embargo, el examen del tímpano (de preferencia con un otoscopio) es lo que nos permitirá llegar a conclusiones diagnósticas.

Un tímpano normal es brillante y liso (Imagen 1). Parece translúcido (semi transparente) cuando se apunta una luz dentro del conducto auditivo externo. Un tímpano anormal indica la presencia de un trastorno del oído medio.

## TRASTORNOS COMUNES QUE AFECTAN EL OÍDO MEDIO



La Tabla 1 le ayudará a distinguir entre diferentes trastornos del oído medio a nivel primario. Desde un punto de vista práctico, es de ayuda empezar revisando si hay o no hay secreción en el oído:

### Si no hay secreción en el oído

Si el tímpano es anormal y no hay secreción, generalmente tendrá que considerar estos tres posibles diagnósticos: OMS, OMA sin perforación o perforación seca (ver la Tabla 1).

- Si no hay perforación, el tímpano parece "retraído" (Imagen 2) y no aparece translúcido cuando se apunta con una luz dentro del conducto auditivo externo, es probable que el paciente tenga una **OMS**. El/la paciente no debe reportar ningún dolor, solo una pérdida de la audición leve a moderada y/o una sensación de "oído lleno".
- Si no hay perforación, el tímpano parece estar rojo y abombado (Imagen 3) y el paciente siente un dolor agudo, es probable que sea una **OMA sin perforación**.
- Si hay una perforación y no hay secreción en el conducto auditivo externo o en la caja del tímpano, ésta es una **perforación seca** (Imagen 4). El paciente no debe sentir ningún dolor en ese momento pero puede que recuerde haber tenido anteriormente uno o varios episodios de secreción en el oído, con o sin dolor.

El tratamiento de estas situaciones está en la Tabla 2 en la página 8.

### Si hay secreción en el oído

Primero, seque el oído con mechas de algodón limpio o con torundas secas si se le han enseñado cómo usarlas (ver la página 4). A menos que no haya otra opción y usted sea un experimentado profesional en cuidado primario del oído y la audición, no irrigue con una jeringa el conducto auditivo externo, ya que es probable que la secreción indique una perforación.

**Si no hay perforación** del tímpano, la secreción no es debida a un problema de oído medio y debe ser tratada como otitis externa (ver página 5).

**Si hay una perforación** (Imagen 5), esto indica una infección del oído medio. El paciente no debe reportar ningún dolor (si él/ella lo siente, debe ser tratado como una complicación).

- Compruebe la presencia de un colesteatoma (material blanco, similar a la coliflor en la caja del tímpano – ver Imagen 6) y otras complicaciones (ver cuadro en la página 8).
- Si la secreción ha estado presente por menos de dos semanas, trátelo como una **OMA con perforación** (ver Tabla 2).
- Si la secreción ha estado presente por más de dos semanas, trátelo como una **OMC** (ver Tabla 2).

Continúa al dorso ➤



Imagen 1. Tímpano normal



Imagen 2. Tímpano "retraído" (otitis media serosa)



Imagen 3. Tímpano inflamado, abombado (OMA sin perforación)



Imagen 4. Perforación seca del tímpano



Imagen 5. Tímpano perforado con secreción

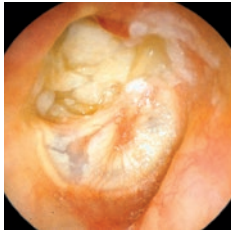


Imagen 6. Colesteatoma (visible a través de una perforación en el cuadrante superior izquierdo)

REVISIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS CON TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO

Los problemas del oído medio pueden causar las siguientes complicaciones: parálisis facial, mastoiditis, absceso cerebral, meningitis. Si el tímpano es anormal y nota cualquiera de los siguientes signos, derive con suma urgencia:

- **Dolor al tacto o hinchazón detrás del oído.** Esto es indicativo de una infección de la apófisis mastoides.
- **La perforación y la acumulación de material blanquecino dentro de la caja del tímpano** (con aspecto de "coliflor"). Esto es un colesteatoma (Imagen 6). El paciente podría desarrollar mastoiditis y absceso cerebral.
- **Perforación y dolor asociado.** Este es un signo de complicación dentro del cráneo.
- **Parálisis facial.**
- **Fiebre y dolor de cabeza asociado con un oído perforado, supurativo.** Este es un signo de una inminente complicación dentro del cráneo.
- **Cualquier signo neurológico:** esto significa que la infección se ha propagado al cerebro. Estos signos pueden ser: mala coordinación, mareo, dolor de cabeza, vómitos, rigidez de nuca, somnolencia o desmayo (pérdida de conciencia).

TABLA 2 TRATAMIENTO A NIVEL PRIMARIO DE TRASTORNOS COMUNES DEL OÍDO MEDIO

**Nota:** Cuando tenga la oportunidad o cuente con las instalaciones para hacerlo, también debe evaluar la audición del paciente.

Diagnóstico	Objetivo	Tratamiento
<b>OMS*</b>	Reemplazar el líquido acumulado en el oído medio por aire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pídale al paciente que respire hondo, cierre la boca, presione sus fosas nasales y que infle las mejillas. El paciente también puede tratar de inflar un globo (o un espantasuegras) con la nariz, una fosa a la vez, mientras que mantiene la boca cerrada.</li> <li>• Indique al paciente que haga inhalaciones de vapor, preferentemente con agua caliente y hojas de té (el té contiene un mucolítico y descongestionante).</li> <li>• Revisión después de 1 a 2 semanas: la audición y el tímpano deben de haber vuelto a la normalidad.</li> <li>• Si no hay mejora después de 2 semanas, derive al paciente a un ORL.</li> </ul>
<b>Perforación seca*</b>	Monitorizar el oído, ya que hay riesgo de infección en el oído medio y en áreas adyacentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indique al paciente que mantenga el oído seco y que evite introducir objetos dentro de sus oídos.</li> <li>• Indique al paciente que consulte un ORL para evaluar las opciones de reparación.</li> <li>• Si el paciente no consulta con un ORL y el oído empieza a presentar una secreción, indíquele que retorne y le informe inmediatamente.</li> </ul>
<b>OMA* sin perforación</b>	Prevenir que el tímpano se perfora y que la infección se vuelva crónica. Esta es aún una condición reversible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revise si hay complicaciones (ver el cuadro en esta página).</li> <li>• Indique al paciente que haga inhalaciones de vapor, preferentemente con agua caliente y hojas de té (el té contiene un mucolítico y descongestionante).</li> <li>• Recete al paciente paracetamol para adultos o para niños.</li> <li>• Recete un antibiótico oral (idealmente por 7 a 10 días) y, si puede pagarlo, también un antihistamínico.</li> <li>• Revisión después de 2 semanas para evaluar el oído y la audición.</li> <li>• Si el tímpano se perfora, espere 48 horas para ver si sana espontáneamente. Si no lo hace, consulte "OMA con perforación" (a continuación).</li> </ul>
<b>OMA* con perforación</b>	Prevenir que esta infección se vuelva crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revise si hay complicaciones (ver el cuadro en esta página).</li> <li>• Limpie la secreción usando torundas secas o mechas (ver la página 4).</li> <li>• Indíquele al paciente que mantenga el oído seco y enséñele a hacer una mecha para limpiar cualquier secreción.</li> <li>• Recete un antibiótico sistémico (solo si no se ha recetado antes). La vía oral sigue siendo la forma de administración sistémica de preferencia en niños.</li> <li>• También puede recetar gotas antibióticas para el oído para prevenir una mayor exacerbación de la infección, pero estas solo deben ser aplicadas después de limpiar la secreción en el oído.</li> <li>• Revisión después de 1 semana: si no hay mejoría, derivar al paciente a un ORL e indicarle que limpie la secreción y se aplique las gotas para el oído hasta entonces.</li> </ul>
<b>OMC*</b>	Empezar el tratamiento y tratar de secar el oído (y mantenerlo seco) hasta que el paciente consulte a un especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revise si hay complicaciones (ver el cuadro en esta página).</li> <li>• Limpie la secreción usando torundas secas o mechas (ver la página 4).</li> <li>• También puede recetar gotas antibióticas para el oído para prevenir una mayor exacerbación de la infección, pero esto solo debe ser aplicado después de limpiar la secreción en el oído.</li> <li>• Indique al paciente que mantenga el oído seco. Enséñele al paciente (o a su cuidador) cómo limpiar la secreción en el oído con una mecha antes de aplicar cualquier gota en el oído. Indíquele al paciente que se siga aplicando las gotas hasta que sea visto por un especialista de oídos.</li> <li>• Derivar a un ORL quién indicará el tratamiento o a un profesional de la salud con experiencia en manejo crónico del oído si no hay un ORL disponible.</li> </ul>

\*OMS = otitis media serosa, OMA = otitis media aguda, OMC = otitis media crónica



# Cómo referir a un paciente: consejos prácticos



**Andrew Smith**  
 Profesor Honorario,  
 International Centre for  
 Evidence in Disability,  
 London School of Hygiene  
 and Tropical Medicine,  
 Londres, Reino Unido

## Estableciendo una red de referencia

Cuando se trabaja en un centro de salud a nivel comunitario, la mayoría de las referencias, si no son todas, se harán a un hospital o clínica local del distrito. Posiblemente, los lugares para referir a los pacientes y los procedimientos para hacerlo están bien establecidos en su sistema de salud local. Sin embargo, si no es el caso, puede que resulte útil establecer su propia "red de referencia":

- Identifique las instalaciones del especialista de oído y audición al que referirá los pacientes. Averigüe sobre su ubicación, los servicios y capacidades que tiene, cuánto cobra por sus servicios, así como el horario de atención.
- Verifique con antelación (de preferencia en persona) que estas instalaciones especializadas estén dispuestas a aceptar pacientes referidos por su centro.
- Si es posible, imprima hojas con información práctica para los pacientes acerca de la clínica u hospital al cual los está refiriendo.
- Siempre brinde a su paciente una breve nota de referencia firmada (ver el cuadro de la izquierda) que será entregada al trabajador de la salud al que se referirá al paciente. Al tener notas en blanco listas en su oficina, el proceso se simplifica y se acelera de manera considerable.

## ¿A quién se debe referir?

Primero usted debe decidir si el paciente necesita una referencia o si usted mismo puede tratar al paciente. Luego, debe identificar qué tipo de especialista puede tratar mejor el problema del paciente. La página 12 de esta edición y la tabla a continuación pueden ayudarlo a tomar una decisión.

Un "especialista en audición", como se menciona en la tabla, es alguien que puede evaluar la audición de un paciente y recomendar la adaptación de una ayuda auditiva. Un "especialista de oído" es alguien que puede tratar una enfermedad del oído, p.ej. una secreción ótica.

En países donde no existe escasez de personal, los "especialistas de audición" tienden a ser audiólogos o técnicos en audiología, y los "especialistas de oído"



Sala de espera de un consultorio clínico universitario. BRASIL

tienden a ser médicos ORL (oído, nariz y garganta), otólogos u otorrinolaringólogos.

En su entorno pueden haber otros tipos de personal, tales como profesionales médicos o clínicos, que han sido capacitados en salud del oído y la audición.

## Antes de que el paciente salga de su clínica

- 1 Explique al paciente cuán rápido debe solicitar la referencia: inmediatamente, pronto o cuando sea conveniente para él/ella.
- 2 Aclare cualquier inquietud práctica que su paciente pueda tener e intente encontrar soluciones antes de que el paciente se retire. Es probable que estas inquietudes influyan en la decisión del paciente para aceptar la referencia. Considere lo siguiente:
  - **Transporte hacia y desde la clínica:** ¿tiene el paciente su propio transporte o el de uno de los padres o familiar o amigo? ¿Necesita el paciente ir en ambulancia o pueden tomar un taxi o bus?
  - **Alojamiento** (si el paciente deberá quedarse toda la noche).
  - **Costos:** ¿puede el paciente pagar el traslado, alojamiento y la consulta y tratamiento de referencia, si no es gratis? Si fuera necesario, ¿existen formas de subsidiar estos costos?
- 3 Realice una cita para ver al paciente tras la visita de referencia. El paciente debe llevar y entregarle a usted una carta del centro al cual se le refirió (o retroalimentación escrita en la sección de comentarios de su carta de referencia).

## ¿QUÉ INCLUIR EN LA CARTA DE REFERENCIA?

- Sus datos de contacto (incluyendo número de teléfono)
- Nombre y detalles de contacto del paciente
- Fecha de nacimiento
- Nombre y detalles del cuidador (si el paciente es menor)
- Razón de la referencia
- Por qué el paciente fue a su centro de salud
- Lo que observó (incluya el diagnóstico si lo realizó)
- Exámenes realizados y resultados (si es pertinente)
- Tratamiento brindado al paciente
- Otra información pertinente, p.ej. condición de salud, medicamentos, audífonos, etc.

## Sección de comentarios

(a ser devuelto por el paciente):

- Nombre del especialista
- Exámenes realizados
- Diagnóstico
- Tratamiento recomendado
- Solicitud para tratamiento, gestión o seguimiento por el centro de salud primaria

.....  
**TABLA 1 TOMANDO UNA DECISIÓN SOBRE LA REFERENCIA**

	Problema auditivo	Ningún problema auditivo
Enfermedad del oído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente desarrolló repentinamente una pérdida auditiva severa en las últimas 48 horas, REFIERA URGENTEMENTE a un especialista de <b>oído</b> (ver la página 12).</li> <li>• Si el paciente tiene alguna "señal de alarma" mencionada en la página 12 de esta edición, REFIERA URGENTEMENTE.</li> <li>• En todos los otros casos, la enfermedad de oído debe siempre tratarse primero. TRATE O REFIERA a un especialista de <b>oído</b>. La pérdida auditiva puede atenderse una vez que la enfermedad de oído del paciente ha sido tratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente muestra alguna "señal de alarma" mencionada en la página 12, REFIERA URGENTEMENTE.</li> <li>• En todos los otros casos TRATE la enfermedad de oído si es posible o, si no le es posible, REFIERA a un especialista de <b>oído</b>.</li> </ul>
Ninguna enfermedad de oído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente desarrolló repentinamente una pérdida auditiva en las últimas 48 horas, REFIERA URGENTEMENTE a un especialista de <b>oído</b> (ver la página 12).</li> <li>• En todos los otros casos, REFIERA a un especialista de <b>audición</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se requieren más acciones.</li> </ul>

# Mejorando la comunicación con pacientes con hipoacusia



**Valerie E Newton**  
Profesora Emérita en  
Medicina Audiológica,  
Universidad de  
Manchester, Reino Unido



**Seema Rupani Shah**  
Científica en Audiología,  
PO Box 20730-00202,  
Nairobi, Kenia

## ¿Por qué es importante la buena comunicación?

- Para proporcionar alivio, ya que muchos pacientes se sienten ansiosos en clínicas u hospitales.
- Para crear una relación basada en la confianza entre los proveedores de la salud y los pacientes.
- Para realizar un diagnóstico más preciso de la enfermedad del paciente.
- Para asegurar que el paciente comprenda qué tratamiento se le ofrece.
- Para garantizar que el paciente entienda correctamente las instrucciones entregadas.
- Para mejorar el cumplimiento con el tratamiento y la referencia.
- Para mejorar la credibilidad de los trabajadores de la salud y la forma como los perciben los pacientes.

## Barreras para la comunicación

Los pacientes con sordera o hipoacusia, con o sin aparatos auditivos, pueden comunicarse de varias formas con el personal de la salud: algunos pacientes hablan y leen el discurso o leen los labios, algunos usan lengua de señas o se comunican con notas escritas y algunos llevan con ellos a alguien que los interprete.

Los malentendidos adversos son más frecuentes cuando existen barreras de comunicación. Para aquellos que tienen problemas auditivos, las principales barreras son sociales en lugar de físicas. Las personas con hipoacusia no siempre se incluyen en situaciones sociales y la actitud adoptada hacia ellos por parte de otros, incluyendo el personal de salud, puede dificultar la comunicación de diferentes maneras.

Muchos profesionales de la salud creen que es difícil y que requiere mucho tiempo comunicarse con pacientes

**Uso de la lengua de señas durante una sesión de terapia del lenguaje. BRASIL**



## INSTRUCCIONES PARA PERSONAS CON HIPOACUSIA PARA COMUNICARSE CON SUS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Una hipoacusia es a menudo invisible. Por favor infórmenos si tiene pérdida auditiva.
- Indique al doctor cómo preferiría comunicarse e intentaremos ayudarlo lo mejor posible.
- Por favor utilice sus aparatos auditivos si los tiene consigo y si cree que son útiles.
- Podemos brindarle un intérprete de lengua de señas.\*
- No dude en solicitar que se le repita si no comprende.

\*Si este servicio está disponible en su centro de salud

que tienen problemas auditivos. Los intérpretes de lenguas de señas son difíciles de encontrar, más aún los intérpretes que son cultural y personalmente sensibles.

Los pacientes con problemas de audición pueden sentirse desalentados de que el médico no interactúe directamente con ellos (p.ej. al hablar sobre ellos en lugar de a ellos). Tal vez no se sientan lo suficientemente cómodos para expresar sus necesidades si el personal no está conciente acerca de ellos. Por ejemplo: si durante la consulta no se ofrece privacidad, puede ser embarazoso solicitar al personal de salud que hable más alto, cuando no se desea que otros sepan sobre su condición.

Los pacientes con problemas de audición tienen los mismos derechos que otros pacientes a la información completa, sin embargo, pueden enfrentar enfermedades prolongadas o innecesarias debido a una comunicación inadecuada con sus proveedores de salud.

## En el cuarto de espera y el área de recepción

Las salas de espera en las clínicas pueden ser lugares muy ajetreadados y ruidosos. Los pacientes con una pérdida auditiva severa o profunda no escucharán instrucciones en voz alta o al personal que les llame por su nombre. Las personas con pérdida auditiva moderada también pueden tener dificultades si la sala de espera es muy ruidosa. Los pacientes que usan audífono posiblemente deban bajar el volumen para evitar molestias y así escucharán menos de lo habitual.

En un centro de atención primaria de salud, es probable que exista una mezcla de todo tipo de pacientes, algunos de los cuales tendrán una discapacidad auditiva. Resulta útil establecer las siguientes disposiciones generales:

- En la sala de espera, además de llamar a los pacientes por su nombre cuando sea su turno de examinarlos, utilice un sistema numérico o un letrero (p.ej. un tablero con el nombre del paciente escrito sobre el mismo).
- Coloque la información más importante (p.ej. tarifas de consultas) por escrito, en letreros claramente expuestos.
- Coloque un letrero en su sala de espera para pacientes



En la sala de espera de un centro de atención primaria de salud, seguramente habrá algunos pacientes con hipoacusia. COSTA DE MARFIL

con hipoacusia, indicando cómo ellos contribuyen a una mejor comunicación (ver cuadro en la página 10) y si está disponible un intérprete de lengua de señas.

- Si un paciente con discapacidad llama anticipadamente para agendar una cita (o si alguien llama en su nombre), pregunte cómo desea comunicarse el paciente y si requiere un intérprete de lengua de señas.
- Si conoce a un paciente con sordera o discapacidad auditiva, asegúrese de que la consulta se realice en un ambiente adecuado (ver la siguiente sección).

## Durante una cita clínica

### Mejorando la forma de comunicarse

El cuadro a la derecha ofrece sugerencias para mejorar la comunicación con una persona con hipoacusia en una cita clínica. Tome en cuenta que lo importante no es lo que usted diga sino lo que el paciente entienda.

### Entendiendo las respuestas de una persona con hipoacusia

Si un paciente es capaz de hablar y se presenta con pérdida de audición leve, entonces su discurso puede ser normal. El discurso de los pacientes con pérdida auditiva moderada a severa puede ser difícil de entender. Los extremos de las palabras pueden ser dejados de lado durante su discurso, así como las cortas palabras de unión, por ejemplo: "y", "a/al" y "o".

Es importante saber lo que el paciente dice con el fin de comunicarse eficazmente. Si un miembro de la familia acompaña al paciente, esta persona puede ser capaz de ayudar – siempre y cuando el paciente esté de acuerdo. Sin embargo, no olvide que usted todavía debe comunicarse principalmente con el paciente y no con la persona que lo acompaña.

A veces los pacientes tienen reservas cuando se les hace preguntas frente a miembros de la familia. Este puede ser el caso si el paciente habla o utiliza la lengua de señas. Los pacientes con una pérdida auditiva severa pueden preferir ser atendidos solos y comunicarse por escrito durante la consulta.

El tener a un miembro del personal de la clínica capacitado como intérprete de lengua de señas puede ser muy útil. Le ayudará a entender las respuestas del paciente con mayor precisión y le ayudará a mantener la información del paciente privada.

Si no está seguro de haber entendido las respuestas del paciente, pregunte de nuevo.

## LA COMUNICACIÓN CON UNA PERSONA CON HIPOACUSIA EN UNA CITA CLÍNICA

### 1 Tome las medidas adecuadas en la sala de consulta

- Brinde al paciente privacidad: ellos deben ser capaces de solicitarle que levante su voz sin temor a que otros le escuchen sobre su historial médico.
- Atenúe las distracciones. Esto es incluso más importante si su paciente es un niño.
- Reduzca el sonido de fondo cuanto más se pueda.
- Asegúrese de que la sala esté bien iluminada, de modo que el paciente pueda ver su cara o cualquier información escrita que se les entregue.
- Solicite al paciente usar sus audífonos (si los tiene y les son útiles) y siéntese más cerca de ellos de lo que se sentaría con otro paciente.
- Si es posible, tenga a un ayudante en la sala del mismo género que el paciente.
- Cuando los pacientes adultos lleguen acompañados, siempre pregúnteles antes de iniciar si preferirían estar solos con el personal de salud en el consultorio. No espere hasta que las preguntas se vuelvan incómodas para el paciente.

### 2 Recuerde que su rostro es una herramienta esencial de comunicación

- Mire de frente al paciente, no al intérprete o cuidador.
- Retire su máscara y protector facial.
- No coloque nada entre sus labios (cigarrillo, lápiz, etc.) o en su boca (masticando chicle, dulces, etc.) ya que puede distorsionar el movimiento labial cuando hable. Evite colocar su mano o un objeto frente a su boca cuando hable.
- Tenga la luz en su rostro en lugar del rostro de la persona con la que habla. Esto les facilita para leer las expresiones faciales o lectura de labios.
- Apoye su discurso con expresiones faciales donde p.ej., se ve feliz si está dando buenas noticias y triste si está dando malas noticias.
- Cuando use lengua de señas, sostenga sus manos arriba a nivel del pecho para permitir que tanto su rostro como sus manos se vean claramente.
- Comprenda y use la cultura de gestos, expresiones locales y un contacto físico aceptado (o ausencia del mismo).

### 3 Asegúrese que usted habla de un modo efectivo

- Hable normalmente, no muy rápido ni muy lento. Ciertos sonidos pueden distorsionarse o perderse si se apresura o se rebaja la velocidad del discurso.
- Use oraciones cortas, simples.
- No exagere su discurso o movimiento de labios.
- Pregunte si no está seguro de entender lo que dice el paciente.
- Algunas veces, los pacientes tienden a decir que están de acuerdo con sus trabajadores de la salud sin entender lo que se les dice. Después de cada punto o mensaje importante, pregunte al paciente si le ha comprendido, y de ser necesario, pídale que repita el mensaje o instrucciones de nuevo a usted (esto es particularmente importante si el paciente no está acompañado).

### 4 Use otros medios de comunicación, por ejemplo, escritura y lengua de señas

- Si el paciente puede hacer señas, utilice un intérprete. Si es posible, aprenda la lengua de señas local por usted mismo.
- Prepárese para escribir cualquier pregunta o respuesta y bríndele a la persona con hipoacusia la oportunidad de hacer lo mismo, si es necesario.
- Escriba información importante que deba darle al paciente, p.ej. instrucciones para tomar medicamentos.
- Use fotografías y dibujos para garantizar que el paciente entienda sus instrucciones.

# “Señales de alarma” a nivel primario

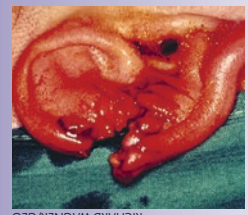
Refiera a los pacientes urgentemente (el mismo día) en todas las siguientes situaciones:

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS	RAZÓN PARA REMISIÓN URGENTE	CLÍNICA O ESPECIALISTA A QUIEN DEBE REFERIR
Infeción aguda del pabellón auricular	Esto puede indicar una condición subyacente como la diabetes	Clínica ORL * /Otológo
Traumatismo agudo del pabellón auricular o del canal auditivo	El cartilago expuesto requiere una reparación adecuada por parte de un experto profesional de la salud para evitar una deformidad permanente o una infección grave	Clínica ORL /Otológo Considere remitir a: un cirujano plástico y/o un neurocirujano
Cuerpos extraños que están vivos en el interior del canal auditivo	Los cuerpos extraños vivos (insectos) requieren atención de emergencia, ya que pueden dañar el tímpano o atravesar una perforación existente y causar una complicación	Clínica ORL /Otológo o Clínica de urgencias de un hospital
Tímpano perforado y dolor asociado (con o sin secreción ótica con sangre o de otra forma)	Esto puede ser un signo de complicación intracranial (un problema en el interior del cráneo)	Clínica ORL /Otológo o Clínica de urgencias de un hospital
Perforación del tímpano asociada con una sustancia blanca (tipo coliflor) en el interior del oído medio	Es probable que se trate de un colesteatoma. El paciente podría tener pérdida de audición, mastoiditis, parálisis facial o absceso cerebral	Clínica ORL /Otológo
Secreción ótica con mal olor, con fiebre y dolor de cabeza	Esto puede indicar una infección intracranial inminente (pej., meningitis o absceso cerebral)	Clínica ORL /Otológo o Clínica de urgencias de un hospital
Tímpano anormal con sensibilidad, hinchazón o fistula detrás de la oreja	Esto puede ser debido a una infección en el apófisis mastoideo (mastoiditis aguda o absceso retro-auricular)	Clínica ORL /Otológo
Secreción del oído y/o inicio súbito de pérdida auditiva asociada con uno o más de lo siguiente: • dolor de cabeza • fiebre • mareo • tinitus (zumbido persistente o campanilleo en el oído) • hinchazón dolorosa detrás de la oreja • parálisis facial • ataxia (inestabilidad al caminar) o mala coordinación • conciencia alterada (“no es su estado habitual”) o pérdida de conciencia (desmayo)	Esto puede ser una señal de complicación intracraneal (pej., meningitis o absceso cerebral o tumor)	Clínica ORL /Otológo o Clínica de urgencias de un hospital
Pérdida auditiva súbita severa	Remita dentro de las 48 horas del inicio si existe alguna oportunidad de evaluación por parte de un médico ORL y del inicio inmediato del tratamiento médico, especialmente en casos cuando la pérdida auditiva se asocia con un trauma acústico o un problema súbito de circulación de sangre	Clínica ORL /Otológo



RICHARD WAGNER/GEO

Infeción aguda del pabellón auricular



RICHARD WAGNER/GEO

Traumatismo agudo del pabellón auricular



RICHARD WAGNER/GEO

Insecto vivo en el canal auditivo



RICHARD WAGNER/GEO

Perforación grande del tímpano



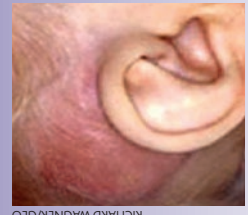
RICHARD WAGNER/GEO

Colesteatoma



PIET VAN HASSELT

Secreción ótica



RICHARD WAGNER/GEO

Mastoiditis aguda



RICHARD WAGNER/GEO

Inflamación retro-auricular



RICHARD WAGNER/GEO

Parálisis facial

\* ORL = Otorrinolaringología (Ordo, Nartz y Garganta)