

Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil

2002 - 2014



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Programa de Atención
al Déficit Auditivo

Infantil

2002 - 2014



Documento elaborado por:

Miguel Prieto García, Médico, Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Datos facilitados por:

Unidad de Hipoacusia Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias,
Instituto de Atención Temprana y Seguimiento de la Fundación Padre Vinjoy de Oviedo
Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Atención a la Discapacidad Auditiva de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Principado de Asturias

Oviedo junio de 2015

Depósito legal: AS 02202-2015

ÍNDICE

Carta de presentación	6
1. Introducción	9
2. Descripción del Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil	11
2.1 Fase de cribado	11
2.2 Fase diagnóstica	13
2.3 Fase terapéutica.....	14
2.4 Fase de integración.....	16
3. Evaluación económica	17
4. Resultados	19
4.1 Fase de cribado	19
4.2 Fase diagnóstica	22
4.3 Fase terapéutica.....	27
4.4 Fase de integración.....	35
5. Discusión.....	49
6. Conclusiones.....	52
7. Recomendaciones.....	53

Los programas de cribado poblacional incluyen aquellas actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, en este caso el déficit auditivo en los recién nacidos y en la edad infantil, y su diagnóstico y tratamiento temprano, que se ofrecen activamente al conjunto de la población de neonatos, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica. La Ley 33/2011 de 4 de octubre general de Salud Pública señala que las autoridades sanitarias promoverán que el cribado se implante con la máxima calidad y la mayor accesibilidad para la población, realizando las campañas oportunas.

En Asturias el Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil (PADAI) fué definido e implantado por la Consejería de Sanidad en el año 2002, antes de su inclusión en la cartera de servicios comunes del SNS, después de un intenso trabajo de colaboración en el que participaron asociaciones civiles, - como la Fundación Vinjoy, la ONCE, la asociación APADA, FESOPRAS - profesionales sanitarios del hospital de Cabueñes y el HUCA y de Educación que había sido iniciado en el año 2000, liderados por la Dirección General de Salud Pública.

Según datos que aportó entonces la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia, sabíamos que, al año, uno de cada mil niños nace con una sordera profunda bilateral y que cinco de cada mil recién nacidos padecía una sordera de distinto tipo y grado. Esto suponía que cada año en Asturias se producían entre 6 y 8 nacimientos de niños con sordera bilateral y otros 5 de cada mil nacen con trastornos auditivos de diversa magnitud (CODEPEH, 2000). Esto suponía que el 80% de las sorderas se encontraban en el momento del nacimiento, dentro de familias con padres oyentes y el 40% de esos niños eran sorderas profundas, candidatos a implante coclear. Por el contrario el 70% eran diagnosticados entre el primero y el tercer año de vida, no se implantaban prótesis auditivas antes de los tres años de vida y apenas se hacía rehabilitación logopédica antes de esa edad.

Trece años después de aquella decisión los datos que se presentan en Asturias reflejan lo acertado de un enfoque preventivo que ha movilizadado recursos importantes en el sector público, pero que también ha generado resultados de salud de una elevada trascendencia para mantener una población autónoma y competente en las cohortes de población que iniciaron este programa.

El PADAI presenta una elevadísima cobertura y es ampliamente aceptado por la población. Entre uno y tres niños de cada 1000 han precisado confirmación diagnóstica, que se realiza antes de los tres meses de edad, sin efectos secundarios conocidos. En suma, nos ha permitido evitar las consecuencias sobre la audición, los trastornos del lenguaje, el desarrollo cognitivo de los niños producido por deficiencias de gravedad variable en más de medio millar de niños con un resultado excelente en términos de capacidad de comunicación. La evaluación también permite conocer el esfuerzo realizado en términos económicos: obtenemos un coste en el PADAI por niño cribado de 14€, por niño al que se le completan estudios para la confirmación diagnóstica de 871€, por niño tratado que no precisa implante coclear de 8.554€ y 24.918€ por implantado coclear.

Los afectados finalizan su programa antes de terminar su período escolar por considerarse que dejan de tener necesidades especiales y por tanto han logrado la integración plena. Además, casi la mitad continúan

su período formativo tras terminar los estudios obligatorios. En estos años el programa de cribado confirmó algún tipo de deficiencia auditiva en un total de 240 niños, lo que supone una tasa de detección de 2,8 niños cada mil cribados. Hasta finales de 2014 habían sido atendidos 508 niños en el gabinete de audioprótesis del IATYS. El 91,2% de estos niños alcanzaron al final del tratamiento los objetivos de comunicación.

Fruto de este programa que combina la actuación compartida de Sanidad, Educación, Servicios Sociales y la colaboración de la Fundación Vinjoy se ha creado una importante estructura de actividad en la lucha contra la discapacidad que supuso la puesta en marcha de la Unidad de Hipoacusias del HUCA (UHI) y del Instituto de Atención Temprana y Seguimiento (IATYS) de la Fundación Vinjoy.

En definitiva se trata de un programa que, gracias a los avances científicos, tecnológicos y a la apuesta política y social permite que convivamos ya con una nueva generación de personas con discapacidad auditiva. La realidad de las expectativas que hoy se abren para estas personas no era pensable hace escasamente diez años o doce años. Pero, ni los avances científicos, ni las ayudas técnicas o la tecnología por sí solas son la respuesta: hay que llegar a tiempo y en la forma adecuada. Esto es posible a través de cuatro elementos que exigen el compromiso y la coordinación de los poderes públicos:

- Detección y diagnóstico precoz de la sordera.
- Adaptación protésica (implantes cocleares y audífonos de última generación) e intervención logopédica tempranas.
- Información, orientación y apoyo a las familias.
- Formación del profesorado y apoyo en la red educativa.

El diagnóstico precoz de las pérdidas auditivas permite aprovechar el periodo crítico de desarrollo en los niños, cuando la plasticidad cerebral es mayor y tiene lugar la adquisición de determinadas habilidades cognitivas y lingüísticas que, superadas estas edades, son difícilmente recuperables. En aquellos otros niños cuyo déficit se detecta en etapas más avanzadas es fundamental la sensibilidad del sistema educativo. De ahí que la detección y el diagnóstico precoz de la sordera cambien sustancialmente la perspectiva educativa para los niños y niñas sordos, su incorporación social y su realización personal.

Desde la Consejería de Sanidad tenemos la obligación de poner de relieve los resultados de este esfuerzo colectivo y agradecer a todos los actores su participación en este Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil en Asturias.

Julio Bruno Bárcena
Director General de Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La característica que hace de este Programa una respuesta original es la vinculación real y coordinada entre diagnóstico precoz y tratamiento integral inmediato tanto familiar como educativo, afectivo, cognitivo, motriz y comunicativo.

La misión del PADAI es la detección, tratamiento y rehabilitación precoz de los niños del Principado de Asturias que sufren hipoacusia, a fin de garantizar el desarrollo integral del niño y su caminar hacia una vida adulta independiente.

Su visión la de convertirse en el referente y aglutinador de los recursos públicos existentes en el Principado de Asturias en relación con la atención a los niños con hipoacusia y a la vez responder con criterios de excelencia a las demandas y expectativas que dicha población tenga.

Para ello reconoce que sus valores principales han de ser la accesibilidad de los niños recién nacidos, la aceptabilidad por parte de la población de las acciones propuestas, la seguridad en las actividades realizadas entendiendo el término “seguridad” no sólo como la obligación de no producir daño en los niños o sus familias, sino como el compromiso de que en cada momento a cada niño o familia, el programa le ofrezca los servicios que tiene comprometidos, con la mayor calidad posible y asegurando la consecución del resultado esperado, la eficiencia del programa y la búsqueda continua de la excelencia en el servicio que se oferta.

En la figura 1 se exponen de forma resumida los componentes del programa con las actuaciones que se realizan y sus actores principales.

Figura 1.1 Esquema del PADAI

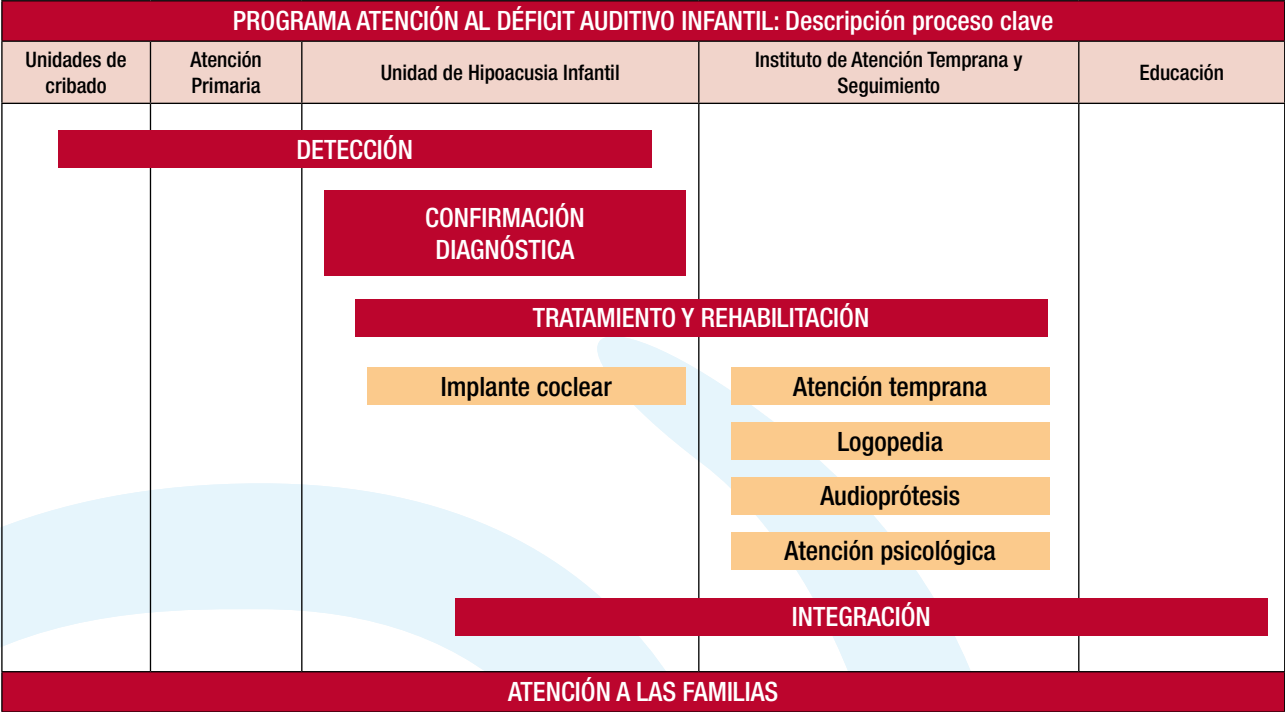


Figura 1.1 Esquema del PADAI

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL

2.1 Fase de Cribado

1. Los objetivos específicos del cribado establecidos en el PADAI son:
2. Conseguir una participación del 80% en el cribado universal y del 100% de los niños con antecedentes de riesgo.
3. Detección de casos bilaterales de hipoacusia mayor de 40 dB.
4. Número de falsos positivos menor del 3% y de falsos negativos 0.
5. Tasa de derivación para confirmación diagnóstica menor del 4%.
6. Diagnóstico e inicio de tratamiento a los 6 meses de edad.

Entre los beneficios de un diagnóstico precoz se podrían incluir la posibilidad de iniciar una rehabilitación temprana y por tanto, aumentar la probabilidad de un desarrollo normal del habla, disminución de otras discapacidades asociadas, mayor grado de integración en todos los ámbitos de la vida y de desarrollo personal.

El cribado universal se realiza por el personal de la Unidad de Cribado de cada hospital de la red pública en el que se oferta atención al parto mediante la realización de Otoemisiones Acústicas (OEA).

A continuación se presenta el algoritmo de decisión para la realización del cribado incluyendo las pruebas a realizar y quién las lleva a cabo. La fase de cribado es diferente según los niños recién nacidos presenten o no factores de riesgo de hipoacusia.

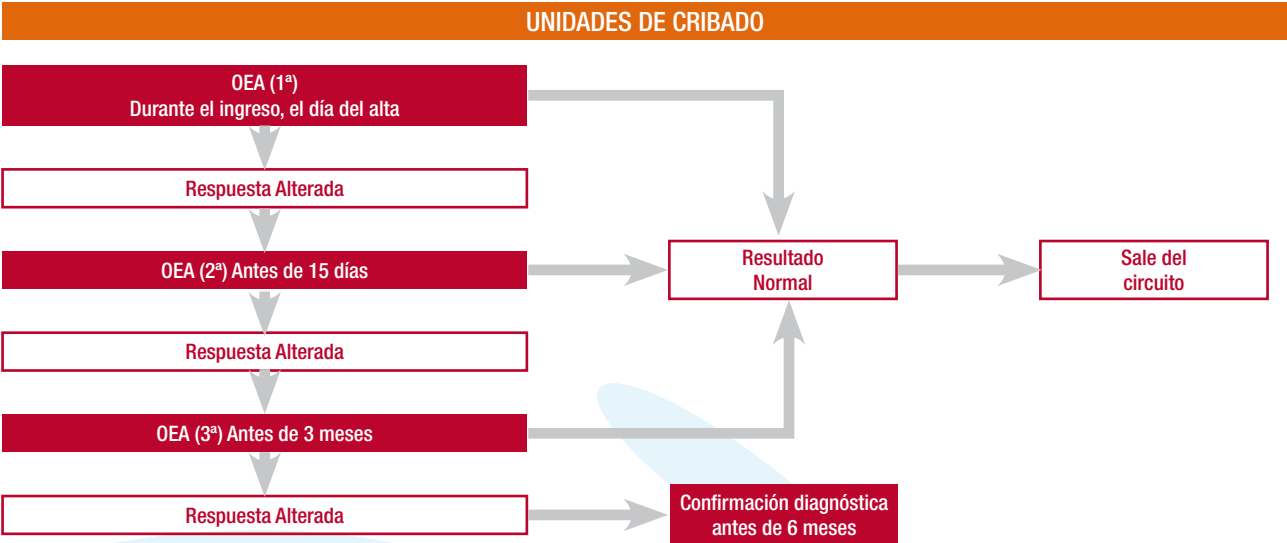


Figura 2.1 Cribado de recién nacido sin factores de riesgo

12

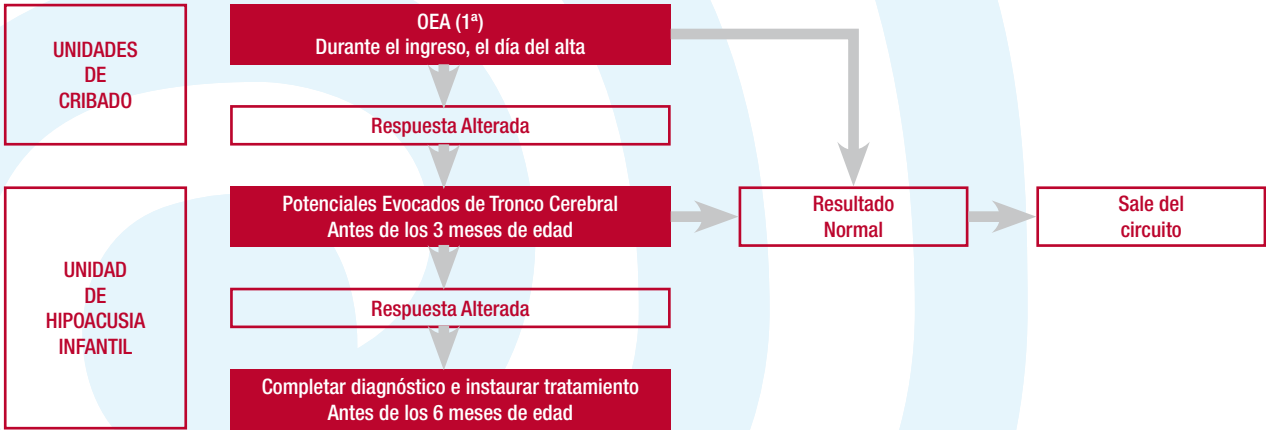


Figura 2.2 Cribado de recién nacido con factores de riesgo según criterios de la CODEPEH

2.2 Fase Diagnóstica

El objetivo de la fase diagnóstica es garantizar que el proceso de atención está centralizado y orientado hacia el niño y su familia, y que además contempla un abordaje integral e individualizado de cada situación.

Una vez confirmada la hipoacusia desde la UHI junto con el IATYS se coordinarán todas las actuaciones diagnósticas, de tratamiento y seguimiento del niño.

Tras respuesta alterada en la fase de cribado el niño es derivado a la UHI en la que se realiza la confirmación diagnóstica.

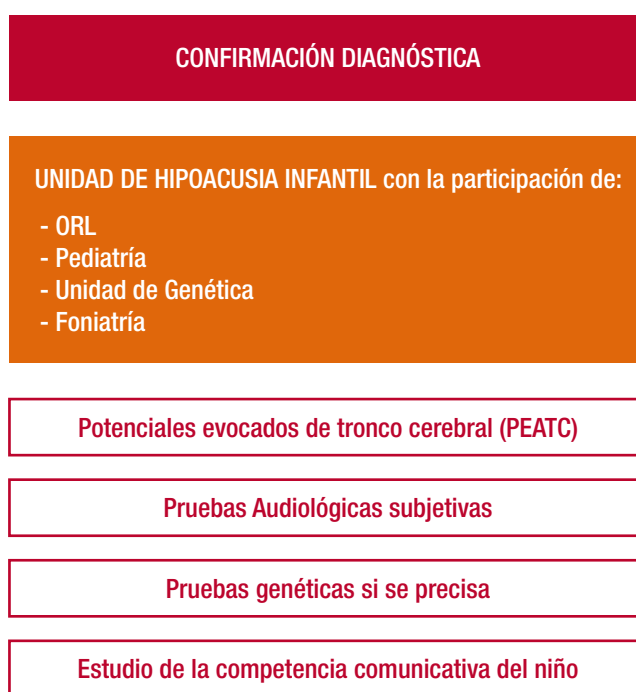


Figura 2.3 Esquema de la confirmación diagnóstica

2.3 Fase Terapéutica

En el PADAI se considera fundamental que la precocidad de la detección y el diagnóstico se asocie con una rápida intervención. No se esperará a tener datos definitivos para comenzar con el tratamiento ya que la estimulación precoz y la protesización permitirán al niño sordo desarrollarse en un mundo de estímulos que suplan o compensen la deficiencia auditiva que sufre. El tratamiento dará mejor resultado cuanto primero se inicie el trabajo con el mismo. El IATYS de la Fundación Padre Vinjoy pretende dar respuesta eficaz y completa como parte integrante de la Unidad en relación a la intervención temprana, global y sistémica del niño con deficiencia auditiva.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

UNIDAD DE HIPOACUSIA INFANTIL

- Tratamiento médico
 - Patología infecciosa de oído medio
- Tratamiento quirúrgico
 - De las otitis medias de repetición
 - Implante coclear
- Tratamiento foniátrico y del trastorno del lenguaje
- Seguimiento de la evolución y de la rehabilitación desde el punto de vista de la audición y de la comunicación
- Atención y asesoramiento a las familias

INSTITUTO DE ATENCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO

- Tratamiento logopédico
- Valoración y adaptación de la prótesis auditivas
- Gestión del banco de audífonos
- Atención temprana de 0 a 3 años
 - Estimulación motriz
 - Estimulación comunicativa
 - Estimulación afectiva
 - Estimulación cognitiva
- Valoración y atención Psicológica
- Atención y asesoramiento a las familias

Figura 2.4 Esquema del tratamiento y rehabilitación

El tratamiento en general es variado, depende de la causa de hipoacusia, y precisa de la intervención coordinada de muchos especialistas: médicos (O.R.L., Foniatra...), psicopedagogo, logopeda, audioprotesista, asistente social...

El niño puede necesitar uno o varios de los tratamientos siguientes:

2.3.1. Valoración y adaptación de prótesis auditivas

El audioprotesista será el encargado de llevar a cabo la valoración, adaptación, seguimiento y gestión de los audífonos en caso de que el uso de prótesis se considere necesario para asegurar un nivel de audición compatible con el resto del tratamiento.

2.3.2. Tratamiento logopédico

Centrado en el proceso de la comunicación, el aprendizaje del lenguaje oral, la educación de los restos auditivos, la voz, el habla y el perfeccionamiento progresivo de la comprensión y expresión de la lengua utilizada en el entorno social del niño. La intervención logopédica abarca tanto el periodo de estimulación precoz (de 0 a 3 años) como el periodo escolar como ayuda para lograr un mejor seguimiento de los contenidos escolares.

2.3.3. Atención Temprana

Se trata de edades (de 0 a 3 años) donde la plasticidad cerebral y la flexibilidad de las estructuras fisiológicas del niño adquieren y poseen un máximo exponente decisivo para su desarrollo posterior. Es necesario estimular al niño para potenciar su maduración personal y social y evitar las alteraciones de su desarrollo. Desde el IATYS se llevarán a cabo varias estrategias de trabajo dentro de la rehabilitación:

- Estimulación motriz. Se deben evitar alteraciones del desarrollo psicomotor y controlar la aparición de trastornos emocionales. Así mismo se incentiva y fomenta la adquisición de estrategias cognitivas instrumentales que permitan al niño sordo una mejor adecuación al medio y al aprendizaje.
- Estimulación afectiva. Potenciación de la sociabilidad.
- Estimulación cognitiva. Adquisición de particularidades respecto a la estructuración cognitiva que hacen referencia al ritmo, estructuras espacio-temporales, comprensión de la causalidad...
- Estimulación educativa. Se trabajará sobre todo los contenidos referentes a: expresión oral, lectura, escritura y cálculo.

2.3.4. Tratamiento quirúrgico

Se dispone de diferentes técnicas a aplicar dependiendo de la etiología de la hipoacusia: drenajes transtimpánicos, timpanoplastia con reconstrucción osicular, dispositivos implantables (implante coclear). El implante coclear requiere de una metodología de trabajo multidisciplinar que asegure la correcta elección de candidatos, una efectiva ejecución de cirugía y programación y una adecuada rehabilitación.

2.3.5 Apoyo a las familias

Una de las principales tareas que se realizan en el IATYS es conocer las necesidades de la familia y diseñar el tipo de intervención o intervenciones que puedan ser las más eficaces para dar una respuesta coherente. Los pasos a seguir en la intervención son:

- Potenciar en los padres su competencia interactiva y educacional.
- Tratamiento dinámico de aceptación personal y de la familia.
- Información a los padres para ayudarles a comprender la importancia de la atención precoz y sus efectos, así como sentirse el primer agente interviniente en ella.
- Cooperación entre expertos y padres para incentivar al niño.
- Establecimiento de redes sociales para las familias.
- Participación de las familias en programas de ayuda a otras familias especialmente en los momentos iniciales.

2.3.6. Tratamiento médico

Incluye fundamentalmente al tratamiento de la patología infecciosa del oído medio tan frecuente en los niños (un 50% de los niños tienen otitis media aguda antes del año de edad).

2.4 Fase de Integración

16

Conseguir garantizar el desarrollo integral del niño y su caminar hacia una vida adulta independiente forma parte nuclear de la misión del PADAI, y para lograrlo la coordinación con la Consejería de Educación, más concretamente con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico (EOEP) de Auditivos es fundamental.

Esta coordinación se realiza mediante una comunicación continua respecto a circunstancias que puedan ir surgiendo en el día a día y con la realización de reuniones periódicas en las que se intercambia la información de interés en relación con los niños detectados y tratados en el PADAI en el momento en que alcanzan la edad escolar.

Los objetivos fundamentales son el intercambio de información sobre estos niños incluyendo su situación audiológica, su entorno familiar y social, la posible presencia de otras discapacidades relacionadas, así como detallar su evolución desde la inclusión en el PADAI. Con posterioridad, y tras realizar sus oportunas valoraciones, el EOEP informa al PADAI sobre la evaluación realizada y los recursos que pondrán a disposición del niño desde el entorno escolar, para coordinar entre todos los esfuerzos y evitar tanto duplicidades de recursos como ausencias de los mismos.



Figura 2.5 Esquema de la fase de integración

3. EVALUACIÓN ECONÓMICA

En el presente apartado se detallará el gasto realizado en el contexto del Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil desde su inicio en el año 2002 hasta finales del año 2012. No se hace la valoración de la evolución de la tendencia del gasto en este período, sino que simplemente se ha visto el gasto total a lo largo de los años incluidos y la actividad realizada durante el mismo tiempo. Evitamos así análisis que habrían de tener en cuenta la amortización del aparataje en sus años de vida útil y la apreciación o depreciación de determinados valores a lo largo del período de estudio.

Se requieren, así mismo, varias aclaraciones previas a la exposición de los datos:

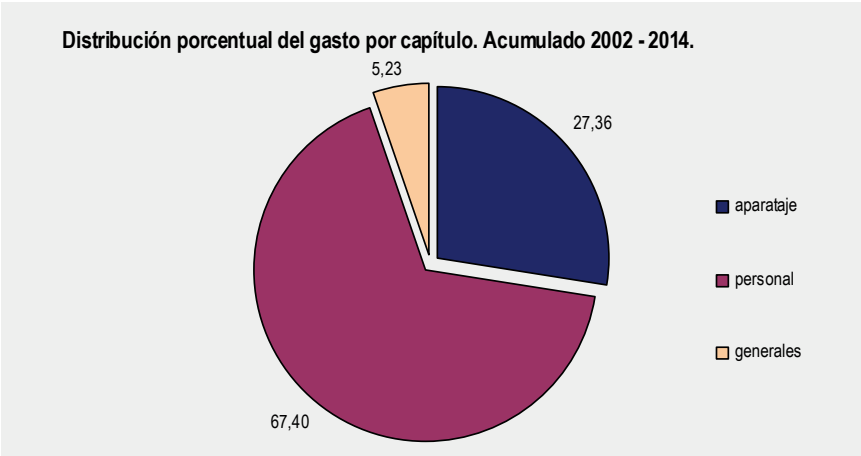
- Se ha incluido todo el gasto generado en la Consejería de Sanidad para la inversión en el aparataje necesario para llevar a cabo las actividades del PADAI; en cambio no está incluido el gasto ocasionado por la compra de insumos y calibrado o mantenimiento de los mencionados aparatos por desconocer la cuantía de los mismos.
- Se ha incluido todo el gasto en material de divulgación e información en relación al PADAI, que ha sido incluido en el apartado de gastos generales.
- Debido al importante peso ponderal del proceso de implante coclear en el gasto se le ha considerado como un todo independiente dentro de la fase de tratamiento
- Para el cálculo del gasto en personal se ha extraído la información de las sucesivas tablas de retribuciones del Servicio de Salud del Principado de Asturias publicadas en el Boletín Oficial del Principado de Asturias. Posteriormente, en la asignación del gasto, se han realizado varias aproximaciones,
 - en la fase de cribado hemos considerado la dedicación exclusiva de una profesional de enfermería en las áreas IV y V, una dedicación al 50% en el área III, un 25% en las áreas VII y VIII y al 10% en las áreas I, II y VI.
 - Para la imputación del gasto de personal de la Unidad de Hipoacusia Infantil a la fase de diagnóstico o a la de tratamiento, hemos considerado el tiempo de actividad de cada profesional a cada una de ellas (hay que recordar que 1 enfermera ya se había asignado en 100% al cribado).
 - Se ha incluido en el gasto de la fase de tratamiento a todos los profesionales pertenecientes al IA-TYS, así como el 50% de los gastos corrientes que la Fundación Vinjoy justifica en la Subvención que recibe la Consejería de Sanidad.
 - El gasto referente al proceso de Implante Coclear (IC) incluye el gasto del aparato y procesador, así como el de hospitalización y quirófano; estos últimos según tarifas públicas del SESPA.

17

3.1 INVERSIÓN GLOBAL EN EL PADAI

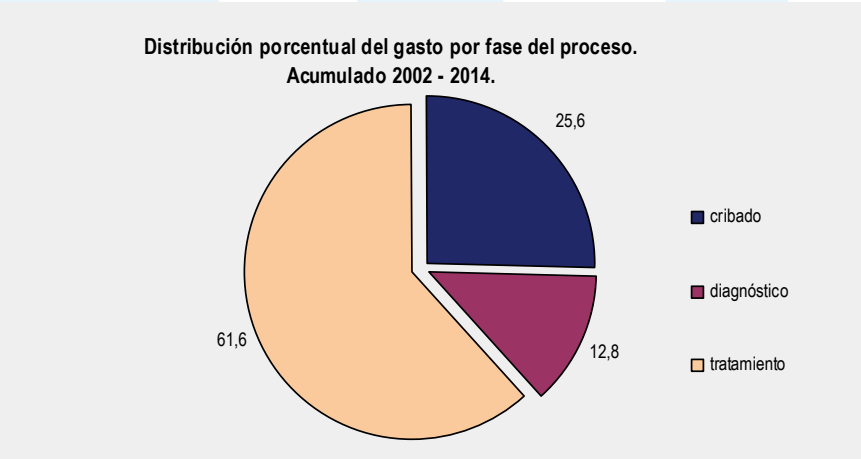
La inversión total realizada en el PADAI desde su inicio hasta el final del año 2014 fue de algo mas de 4 millones y medio de euros; exactamente 4.793.828. Supone un gasto por año de funcionamiento de 368.756€.

Si analizamos el gasto acumulado en estos años según el capítulo económico en el que se han incluido, vemos que la mayor parte, el 67,4%, corresponde al gasto en personal seguido por la inversión en aparataje, un 27,4%.



3.2 Inversión por subproceso

Diferenciando la inversión según la fase del proceso a la que imputamos el gasto, obtenemos un coste de la fase de cribado de 1.228.350€, 94.488 € al año, que supone el 25,6% del total del programa; la fase de confirmación diagnóstica implica el 12,8% del total del gasto con un coste de algo más de 47.130€ al año y un acumulado en los 13 años de estudio de 612.697,2€. La fase de tratamiento, es como parece lógico la que mayor gasto induce, (un 61,6% del total del PADAI) con un total de 2.952.781€, algo más de 227.137€ al año; el subproceso del implante coclear significa alrededor del 44,9% del total del gasto de la fase de tratamiento, y el 27,6% de total del PADAI.



3.3 Inversión

Si relacionamos el coste de cada subproceso con el número de niños incluidos en cada uno de ellos a lo largo de los 13 años de estudio, obtenemos un coste en el PADAI por niño cribado de 14€, por niño al que se le completan estudios para la confirmación diagnóstica de 871€, por niño tratado que no precisa implante coclear de 8.554€ y 24.918€ por implantado coclear.

4. RESULTADOS

Los datos presentados en este apartado hacen referencia, salvo que se indique otra cosa, a los resultados obtenidos desde el inicio del PADAI en el año 2002 hasta el final del año 2014.

4.1 Fase de Cribado

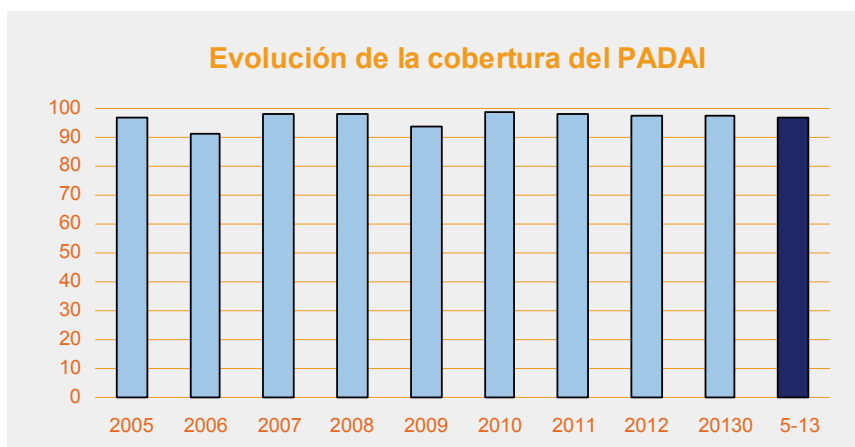
Dentro de este apartado se incluyen tanto datos del cribado realizado a niños recién nacidos sin factores de riesgo para hipoacusia, así como al llevado a cabo con los que sí los presentan; así mismo se aportan datos de la actividad generada por el despistaje de hipoacusias de aparición tardía en niños mayores, y de la monitorización realizada a niños a tratamiento con fármacos ototóxicos.

4.1.1 Cribado de recién nacidos sin factores de riesgo

Cobertura

Para el cálculo de la cobertura se incluyen los resultados desde el año 2005 ya que la implantación del cribado en las Unidades fue progresiva durante el período 2002 - 2004; así mismo hay que reseñar que el último dato disponible de carácter oficial de nacidos en Asturias corresponde al año 2013, por lo que no hay resultado de cobertura para el año 2014.

El número total de niños cribados desde el inicio del programa ha sido de 85.933, lo que supone una cobertura acumulada del 96,6%, superior al 95% marcado como estándar para este indicador. A lo largo de estos 8 años se ha mantenido estable por encima del mencionado estándar excepto unos ligeros descensos en los años 2006 y 2009 que se cerraron con una cobertura del 91,2% y del 94% respectivamente.



19

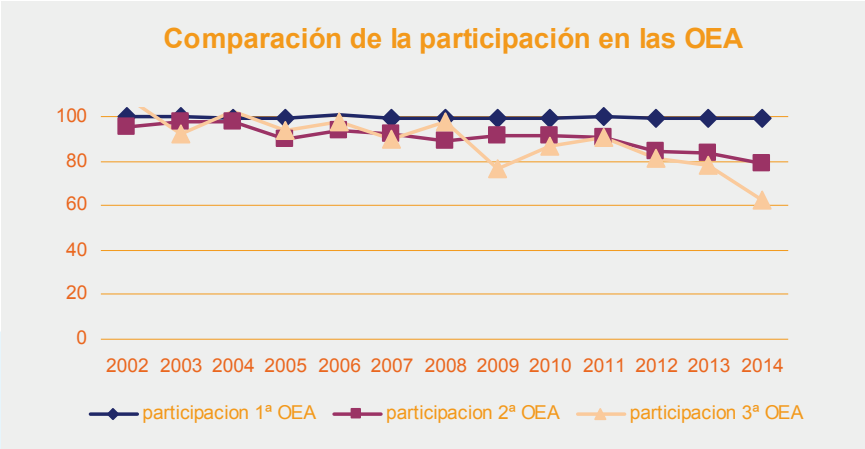
Participación

La proporción de niños que han participado en la realización de la primera prueba de otoemisiones sobre el total de recién nacidos a los que se les ha ofertado es del 99,2%. Este resultado supera el 95% marcado como estándar y se ha mantenido absolutamente estable a lo largo del período analizado.

El nivel de aceptación del cribado por la población puede considerarse altísimo, ya que el número de rechazos es de aproximadamente 1 de cada 1350 nacidos.

En un 7,8% de casos la primera OEA resultó positiva (un total de 6.778 test), y de ellos un 90,7% (6.148)

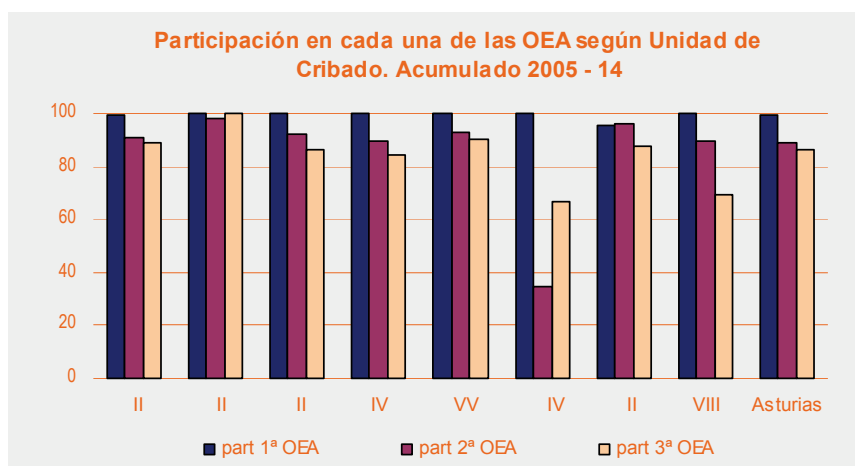
niños de los 6.778) participan en la realización de la segunda prueba de OEA. La evolución en el tiempo de la participación en la segunda OEA es ligeramente más inestable, con una tendencia a la baja desde 2010, especialmente en el último año en el que el dato obtenido fue el más bajo de toda la serie (79%). Un total de 1.393 niños no pasaron esta 2ª OEA, de los cuales participaron en el tercer test 1.237 (el 88.8%); valorando la evolución en el tiempo se notan más variaciones interanuales, con una disminución más destacada en los años 2009 (76,7%), 2012 (81,4%) y sobre todo en 2014 (62,6%).



20

Para presentar los datos de participación según Unidad de Cribado se decidió acotar la evaluación al período 2005 – 2012 para incluir los años en los que todas las unidades estaban funcionando, así como tener en cuenta los resultados acumulados durante los siete años para ganar consistencia en los mismos en las unidades de pequeño tamaño.

La participación en la primera OEA cumple el estándar establecido del 95% en todas las Unidades de Cribado, aunque la unidad VII con el 95,4% es la que obtiene una participación más baja. En todas las unidades se observa una disminución de la participación en la segunda OEA, aunque se mantiene por encima del 90% salvo en la unidad VI en la que desciende hasta el 34,5% (83 de 232 niños) y en la Unidad VIII en la que se sitúa en el 89,4%. La participación en la tercera OEA es más variable dependiendo de la Unidad aunque se sitúa por encima del 85% en todas salvo de nuevo las Unidades VI y VIII con unos valores de 66,7% y 69,4% respectivamente.



4.1.2 Otros cribados de hipoacusia

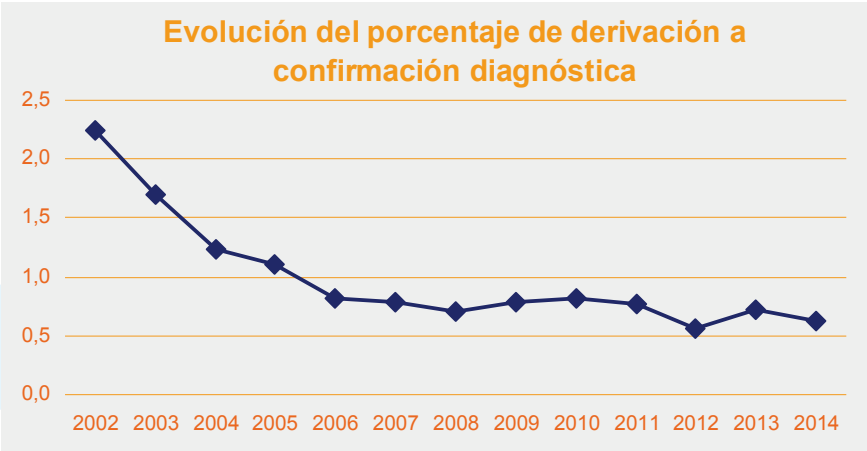
Como ya se mencionó previamente, dentro del PADAI se prevén otras formas de inclusión en el cribado: en relación con el de recién nacidos con factores de riesgo para hipoacusia, el registro de actividad comenzó a lo largo del año 2007; desde entonces, y hasta finales del 2014 habían sido 250 los niños atendidos.

Respecto al despistaje de hipoacusia de aparición tardía, desde el comienzo del PADAI y hasta finales del 2014, han sido valorados un total de 1.214 niños. El motivo principal de derivación (en un 53,4% de los casos) fue la sospecha clínica bien por parte de la familia o de los educadores, de déficit auditivo; en un 23% el motivo fue un retraso en la adquisición del lenguaje y el resto (alrededor de 1 de cada 4 niños valorados) se corresponde con solicitudes de diagnósticos diferenciales con patologías que se pueden considerar emergentes, como los trastornos del espectro autista, los trastornos de hiperactividad o la falta de atención.

Así mismo, hasta un total de 56 niños han sido seguidos y valorados en coordinación con el servicio de Oncología Pediátrica, debido a estar bajo tratamiento con fármacos ototóxicos.

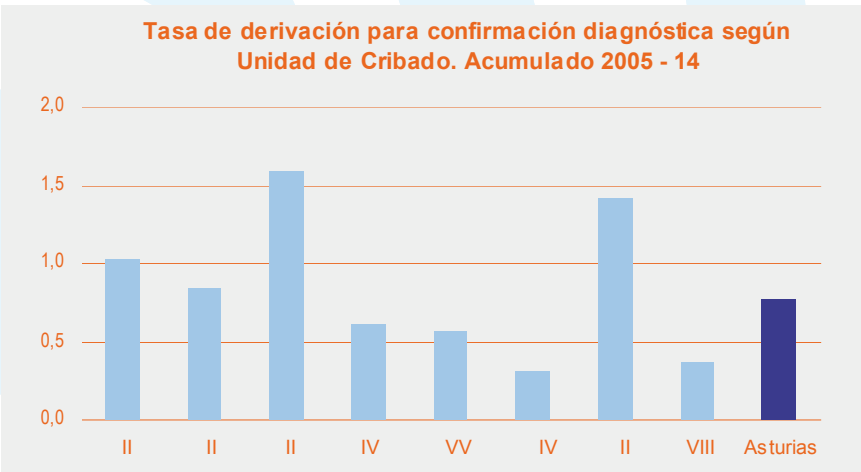
4.2 Fase diagnóstica

Desde el inicio del PADAI un total de 753 niños, el 0,88% del total de cribados, no superaron los criterios de paso en uno o ambos oídos tras la realización de las tres OEAs y fueron derivados a la Unidad de Hipoacusia Infantil para la confirmación del diagnóstico. Observando el comportamiento del indicador a lo largo del tiempo se observa una primera fase en la que la tasa de derivación disminuye desde el 2,2% del año 2002 al 0,8% en el 2006; posteriormente los resultados se estabilizan en torno a ese dato. No obstante, toda la serie incluida en el estudio cumple con el estándar de calidad fijado en este indicador y que es igual a menor del 4%

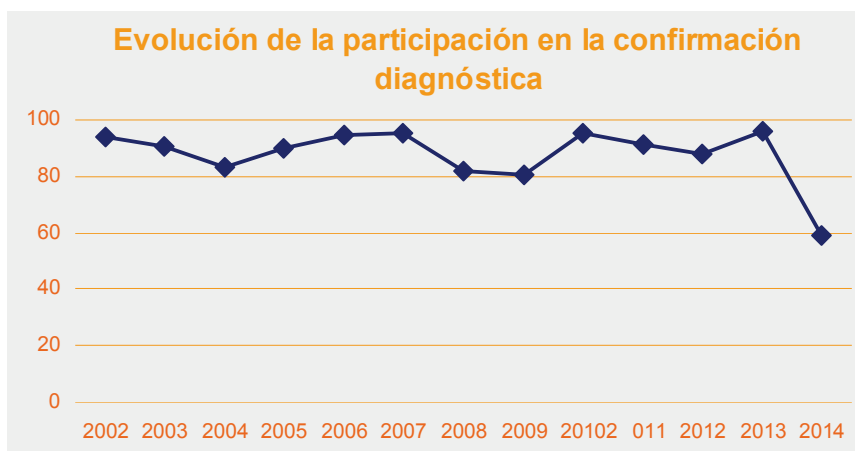


22

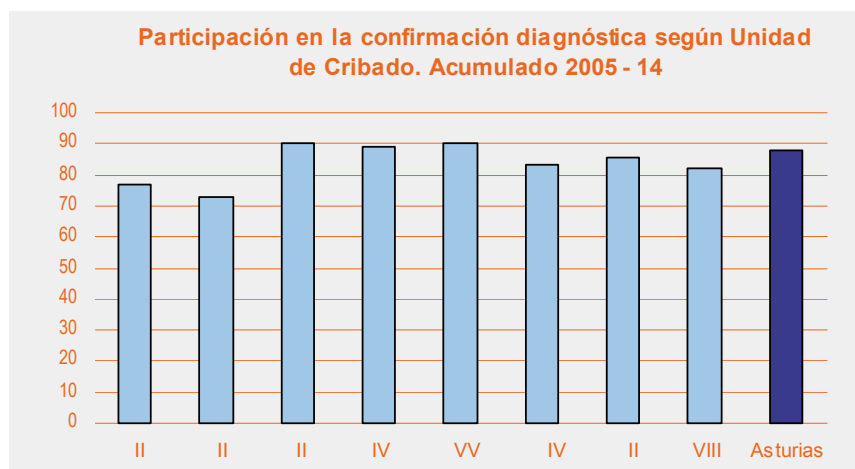
Si presentamos los datos obtenidos en este indicador desagregados por Unidad de Cribado y acumulados para el período 2005 – 2012, observamos una importante variabilidad entre ellas que va desde las que tienen una proporción de positivos en el cribado por debajo del 0,5% (unidades VI y VIII) a la que deriva 3 veces más, es decir, en una proporción mayor del 1,5% (unidad III).



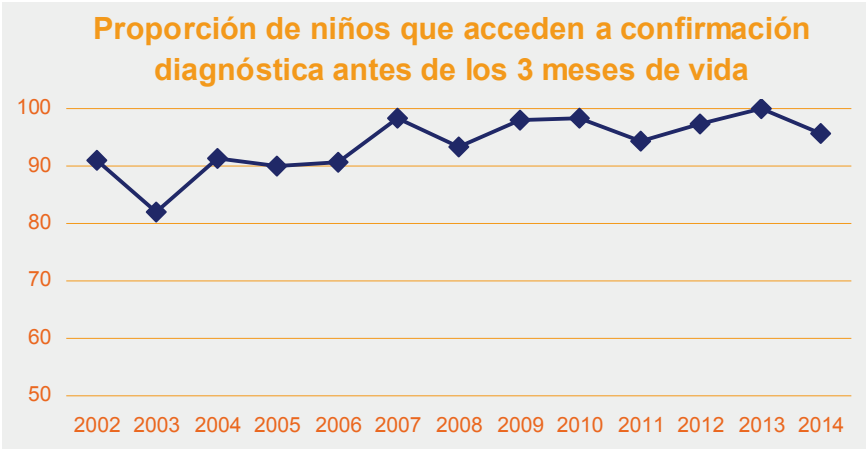
Participaron en la confirmación diagnóstica el 88,5% de los derivados (663 niños), manteniéndose por encima del 90% todos los años del período de estudio salvo en 2004 (82,9%), 2008 (82,1%), 2009 (80,3%) y 2014 (59%). Coinciden los años de menor participación tanto en la fase de cribado como en la de confirmación diagnóstica.



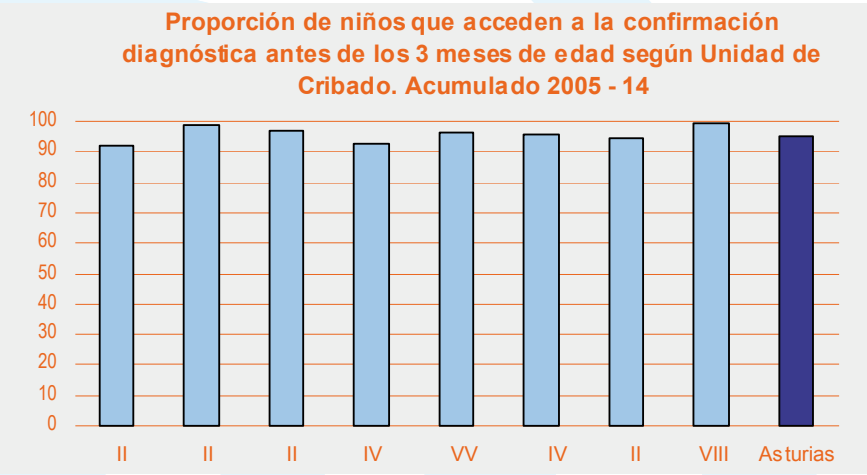
Respecto a la participación en la confirmación diagnóstica según la unidad de cribado de procedencia, los datos en todas ellas se sitúan alrededor del 80%, salvo las unidades I y II cuyos resultados son el 76,7% y 72,7% respectivamente.



Desde el inicio del PADAI, en 9 de cada 10 casos la confirmación diagnóstica fue realizada antes de los 3 meses de edad tal y como se plantea en los objetivos del programa. En todos los años de la serie temporal estudiada se superó el 90% de acceso precoz al diagnóstico excepto en 2003, en el que el acceso en tiempo adecuado se consiguió en el 82,1%.

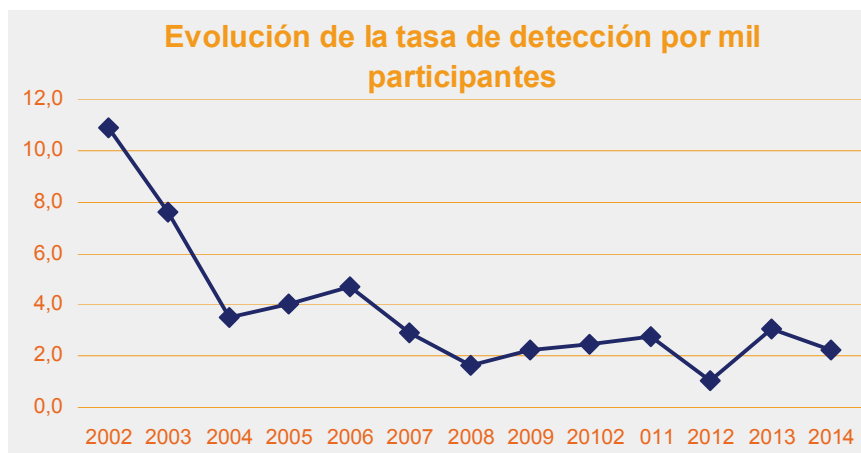


No hay variaciones importantes si desagregamos este dato por unidades de cribado, ya que el acceso antes de los 3 meses de edad está garantizado independientemente de la unidad de procedencia.

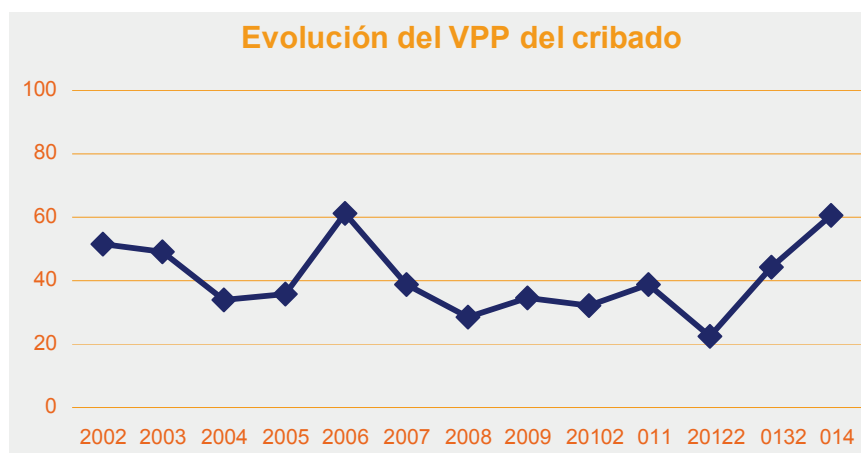


Se confirmó algún tipo de deficiencia auditiva en un total de 240 niños, lo que supone una tasa de detección de 2,8 niños cada mil cribados.

Observando el comportamiento del indicador a lo largo del tiempo se observa una tasa elevada en los dos primeros años como es esperable al inicio de toda prueba de cribado, con una posterior estabilización del diagnóstico en torno al 3%, excepto en el año 2012 en que la tasa de detección descendió hasta el 1,1%.



Como consecuencia de la tasa de detección y de la proporción de cribados positivos, la probabilidad de tener déficit auditivo tras haber tenido las 3 OEAs alteradas varía a lo largo de los años estudiados entre el 30% y el 60%, aunque quitando los primeros años de cribado en los que se espera una tasa de detección más alta, y el año 2006, el valor predictivo positivo siempre se situó entre el 30% y el 40%, excepto en 2012 (22,2%).



Tablas resumen resultados fase de cribado neonatal sin factores de riesgo y de fase diagnóstica

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL. 2005 - 2014															
INDICADORES CLAVE DEL PROGRAMA				RESULTADO PADAJ ASTURIAS											
TIPO	Nº	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	05-14	Estándar
proceso	1	cobertura	proporción de recién nacidos en Asturias a los que se les oferta la prueba de cribado	96,97	91,23	97,96	97,90	94,04	98,47	98,43	97,37	97,56		96,65	95
	2	participación en primer nivel	proporción de nacidos en hospitales públicos a los que se les realiza la primera prueba con OEA	99,44	101,09	99,40	99,37	99,43	99,61	99,70	99,56	99,45	99,26	99,62	95
	3	participación en segundo nivel	proporción de niños que no pasan la primera prueba de OEA a los que se les realiza la segunda OEA	89,83	93,63	92,01	89,04	91,37	91,23	90,24	84,31	83,20	78,66	89,04	
	4	participación en tercer nivel	proporción de niños que no pasan la segunda prueba de OEA a los que se les realiza la tercera OEA	93,43	97,94	89,52	97,35	76,69	86,55	90,74	81,37	78,49	62,65	86,11	
	5	participación global en cribado	proporción de niños que participan en las tres OEAs	83,46	92,71	87,87	86,13	69,68	78,65	81,54	68,30	64,95	48,91	76,39	
	6	participación en el diagnóstico	proporción de niños que no pasan la tercera prueba de OEA a los que se les realiza confirmación diagnóstica	90,00	94,74	95,00	82,14	80,33	95,16	91,53	87,80	95,74	58,97	88,08	
	7	tasa de derivación	proporción de niños derivados para confirmación diagnóstica del total de participantes en el cribado	1,11	0,81	0,79	0,70	0,79	0,81	0,77	0,55	0,72	0,62	0,77	< 4
	8	acceso a pruebas dx	proporción de niños que accedieron a pruebas de confirmación dx antes de 3 meses de vida	90,74	98,25	93,48	97,96	98,31	94,44	97,22	100,00	95,65	95,31	100	
resultado	9	tasa de detección	número de niños a los que se les detecta déficit auditivo de cada 1000 niños que participan en el cribado	4,70	2,88	1,62	2,21	2,49	2,74	1,08	3,08	2,23	2,29		
	10	VPP del cribado	proporción de niños con hipoacusia confirmada del total de niños que no pasan la tercera OEA	61,11	38,60	28,26	34,69	32,20	38,89	22,22	44,44	60,87	33,74		

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL														
INDICADORES CLAVE DEL PROGRAMA				RESULTADO ACUMULADO 2005 - 2014										
TIPO	Nº	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias	Estándar	
proceso	1	participación en primer nivel	proporción de nacidos en el hospital a los que se les realiza la primera prueba con OEA	99,39	99,77	100,03	99,89	99,74	99,79	95,40	100,00	99,62	95	
	2	participación en segundo nivel	proporción de niños que no pasan la primera prueba de OEA a los que se les realiza la segunda OEA	90,81	98,24	92,11	89,31	93,03	34,51	96,25	89,51	89,04		
	3	participación en tercer nivel	proporción de niños que no pasan la segunda prueba de OEA a los que se les realiza la tercera OEA	89,13	100,00	86,16	84,59	90,40	66,67	87,84	69,44	86,11		
	4	participación en el diagnóstico	proporción de niños que no pasan la tercera prueba de OEA a los que se les realiza confirmación diagnóstica	76,67	72,73	90,24	88,82	90,32	83,33	85,71	82,35	88,08		
	5	participación global en cribado	proporción de niños que participan en las tres OEAs	80,44	98,01	79,39	75,46	83,89	22,96	83,89	62,16	76,39		
	6	tasa de derivación	proporción de niños derivados para confirmación diagnóstica del total de participantes en el cribado	1,02	0,84	1,59	0,61	0,57	0,31	1,41	0,37	0,77	< 4	
	7	acceso a pruebas dx	proporción de niños que accedieron a pruebas de confirmación dx antes de 3 meses de vida	92,17	98,75	97,23	92,73	96,16	96,00	94,76	99,29	95,31	100	
resultado	8	tasa de detección	número de niños a los que se les detecta déficit auditivo de cada 1000 niños que participan en el cribado	2,73	0,00	3,49	2,22	2,14	0,52	2,60	1,53	2,29		
	9	VPP del cribado	proporción de niños con hipoacusia confirmada del total de niños que no pasan la tercera OEA	34,78	0,00	24,32	41,26	41,96	20,00	21,43	50,00	33,74		

4.3 Fase Terapéutica

4.3.1. Adaptación de prótesis auditivas e Implante Coclear

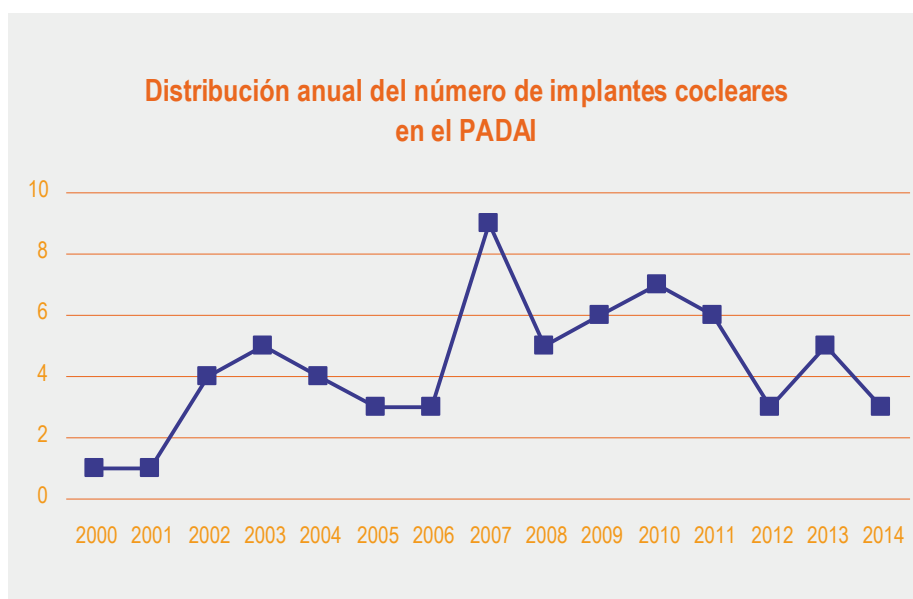
Desde el inicio del PADAI hasta finales de 2014 habían sido atendidos 508 niños en el gabinete de audioprótesis del IATYS.

En el 47,8% de dichos casos la atención llevada a cabo consistió en el seguimiento de adaptaciones protésicas realizadas en gabinetes externos, con el resultado de 122 modificaciones en las mismas (el 50,2% del total de seguimientos).

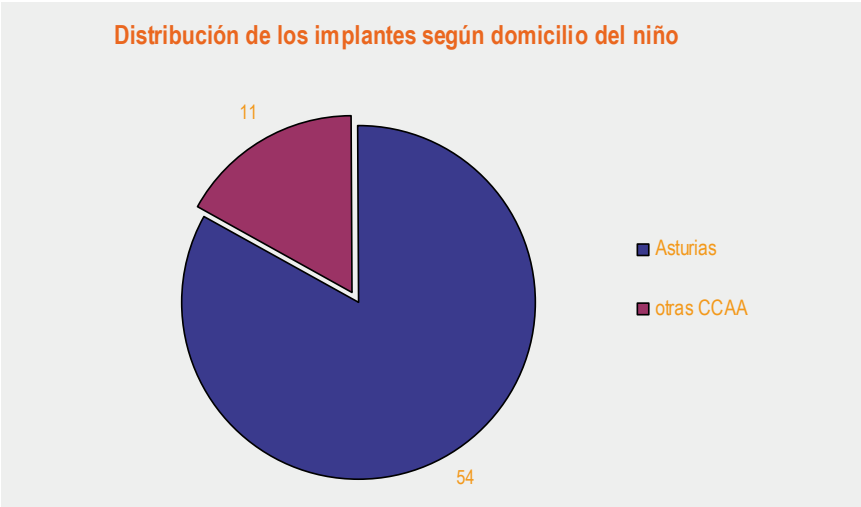
En el 18,6% de los casos se precisó, en algún momento de la adaptación, de la utilización de audífonos del banco de audífonos usados (BAU).

Hasta finales de 2012 habían sido valorados un total de 47 niños dentro del protocolo de estudio preimplante coclear, de los cuales 32 (el 80%) se beneficiaron durante dicha valoración de las prótesis del banco de audífonos para implante coclear (BAIC).

En nuestra Comunidad Autónoma se han puesto hasta finales del año 2014 un total de 65 IC a niños; analizando la evolución del número de implantes a lo largo del período de estudio, se observa que el número habitual por año se establece entre 3 y 7 implantes.



Analizando el domicilio del niño en el momento de ser implantado, observamos que el 20,4% del total de implantados en el período de estudio provenían de fuera de Asturias.



Si valoramos la situación auditiva en el momento de la escolarización de los niños a los que o bien se les realiza un implante coclear o bien se lleva a cabo una adaptación protésica y que cumplieron los 3 años en el período 2009 – 2014, se observa que el 17,86% de ellos portaban un implante coclear, el 46,43% audífonos y el 10,71% ambos dispositivos.

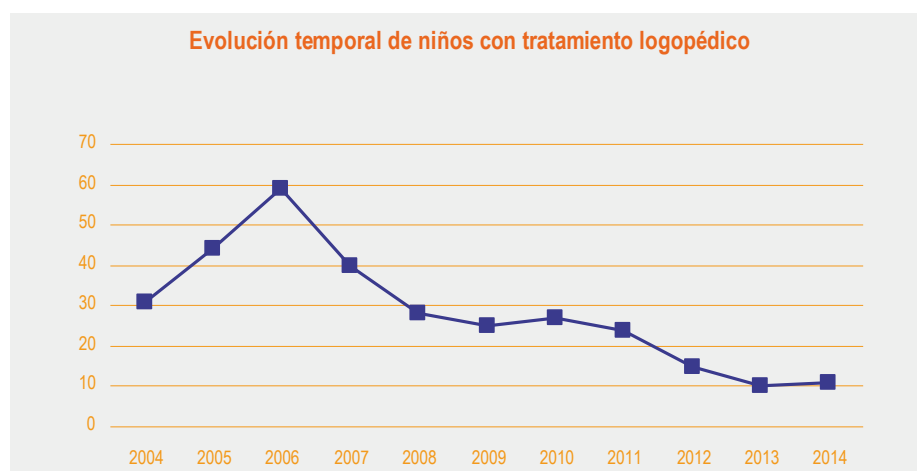
En el caso de los 8 niños con IC o combinada, su nivel auditivo en el momento de la escolarización había pasado de ser de déficit severo a leve en el 25% de ellos y a límite en otro 62%. Sólo en 1 caso, con pluri-discapacidad grave, persistía la hipoacusia severa.

En relación con los portadores de audífonos, las ganancias obtenidas son las siguientes:

4.3.2. Tratamiento de (re)habilitación logopédica

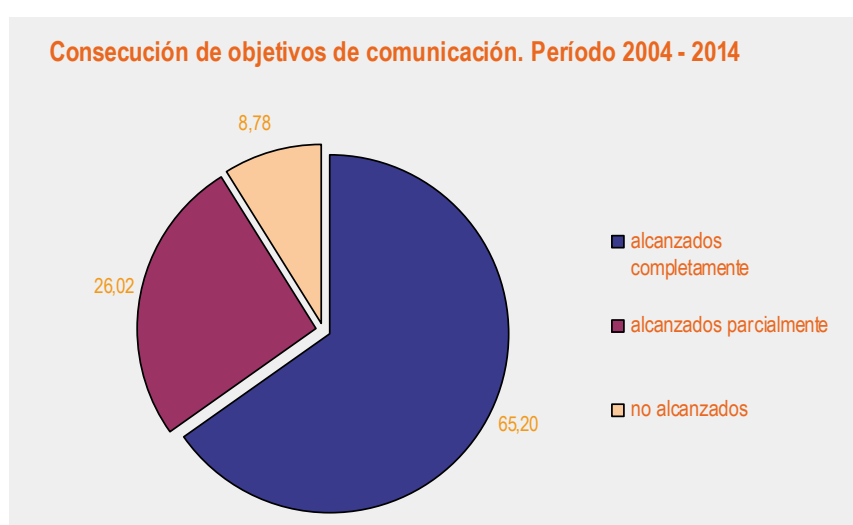
Un total de 293 niños fueron derivados desde la UHI al IATYS para recibir tratamiento (re)habilitador desde el punto de vista logopédico en el período que va del inicio del PADAI hasta finales del 2014, lo que supone un 57,7% del total de niños atendidos en el IATYS.

La evolución a lo largo de estos años del número de niños atendidos es bastante estable, con excepción de los primeros años de funcionamiento del programa en los que lógicamente se incluyeron los casos prevalentes.



29

El 91,2% de estos niños alcanzaron al final del tratamiento los objetivos de comunicación que se habían planteado al inicio de su (re)habilitación, bien de forma total o parcial; el 8,8% no alcanzaron los mencionados objetivos.



4.3.3. Atención temprana

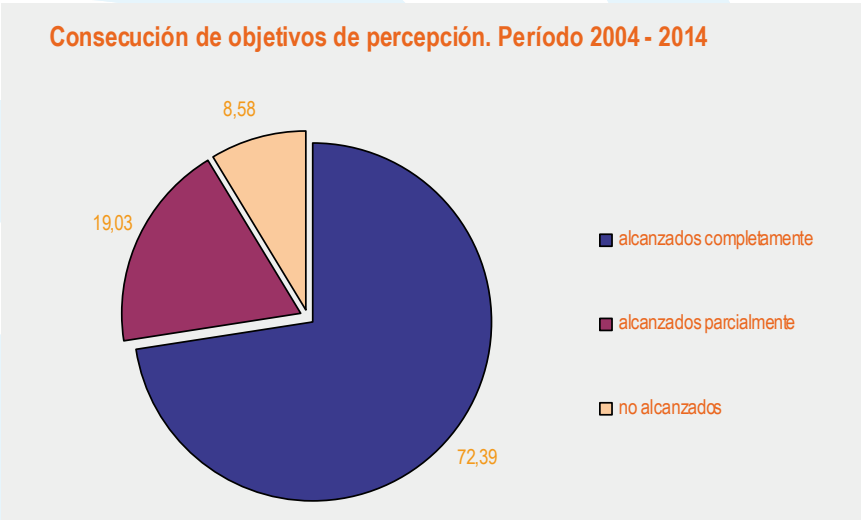
Desde el año 2004 hasta el 2014 ambos inclusive han sido atendidos en el IATYS un total de 478 niños.

En un 43,9% de los mismos, 223 en total, se consideró en el momento de la valoración inicial que presentaban criterios de riesgo biológico; en 98 casos (19,2% del total de atendidos) se detectaron criterios de riesgo social.

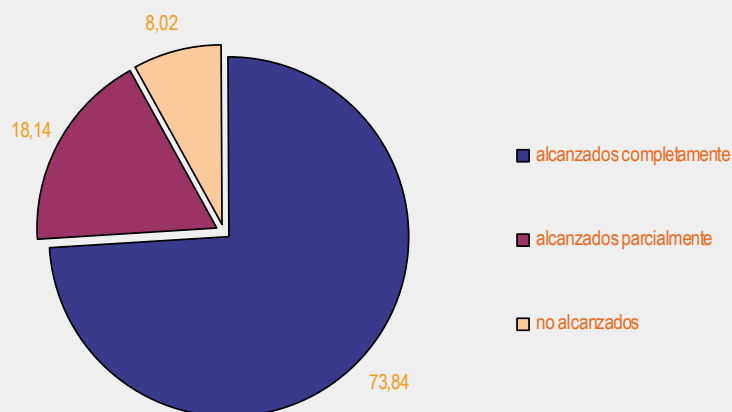
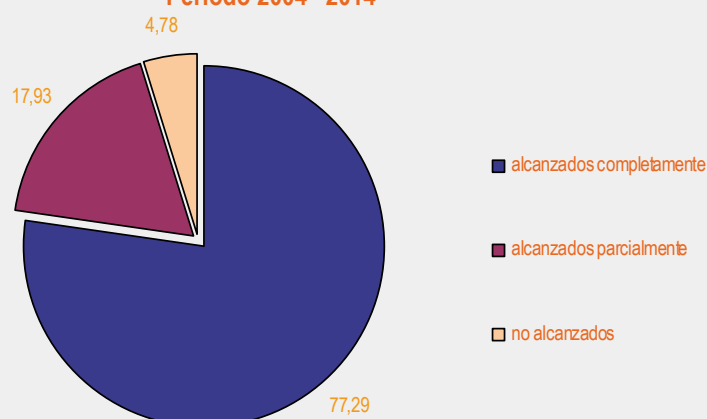
Un 74,3% (377 de 508) de los niños atendidos presentaban dificultades en el desarrollo; en relación a estas dificultades, y obviando el déficit auditivo por ser criterio de acceso al IATYS, las deficiencias más frecuentes fueron las relacionadas directamente con el déficit auditivo: dificultad en el desarrollo del lenguaje en el 61,3% (un total de 311) de los niños y la dificultad en la comunicación en el 27%. Las dificultades en el desarrollo motor y el retraso madurativo fueron observadas en el 23% de los casos.

El 61,3% de estos niños atendidos, recibieron tratamiento logopédico, mientras que el 38,9% recibió estimulación temprana y un 35% atención psicológica.

En relación con los resultados obtenidos y clasificando éstos según el porcentaje de cumplimiento de los objetivos considerados adecuados dentro de cada área de desarrollo trabajada, alcanzan completamente los objetivos marcados como adecuados el 73,8% de los niños en los que se trabajó el área motriz, el 72,4% de los que fueron incluidos en programas relacionados con el área de percepción y adaptación, el 65,2% del total de los que tenían definidos objetivos de comunicación y el 77,3% de los que los tenían relacionados con el área afectiva y social.



Consecución de objetivos de motricidad. Período 2004 - 2014

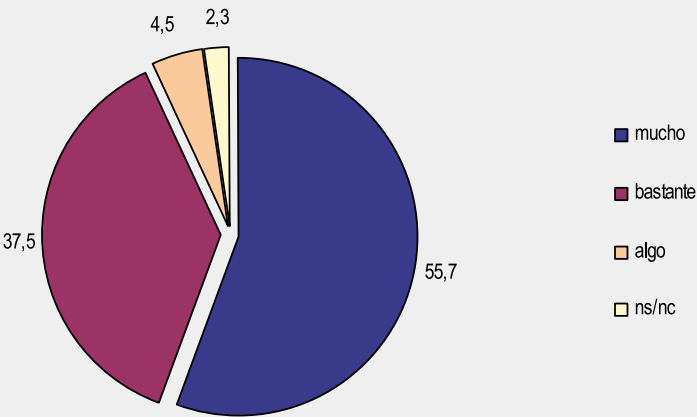
Consecución de objetivos de la esfera afectivo - social.
Período 2004 - 2014

4.3.4. Apoyo a las familias

En relación con la evaluación de los objetivos planteados en el apoyo a las familias, los datos que se presentan se obtuvieron mediante 84 encuestas realizadas a las familias de los niños durante el período 2006 – 2009.

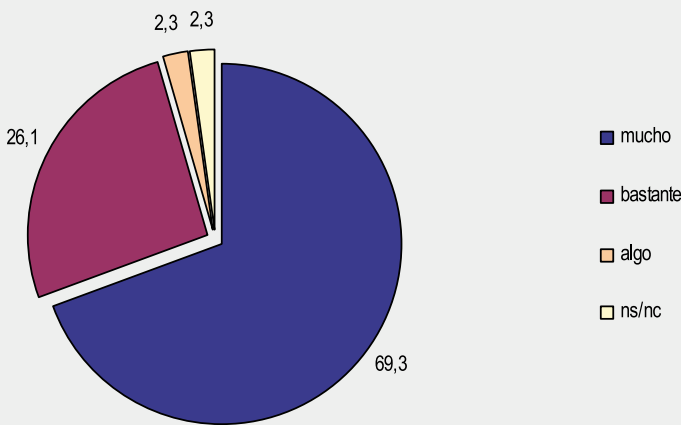
Respecto al objetivo de potenciar en los padres su competencia, se les pregunta si se les ha proporcionado conocimientos y pautas de actuación para educar a su hijo; un 55% (49 de los 80) declaran que se les ha proporcionado muchos, mientras que otro 37,5% los valoran como bastantes. Un 4,5% dice que algo y un 2,3 ns/nc

ayuda para conocimiento y pautas de actuación para educar
a su hijo / a



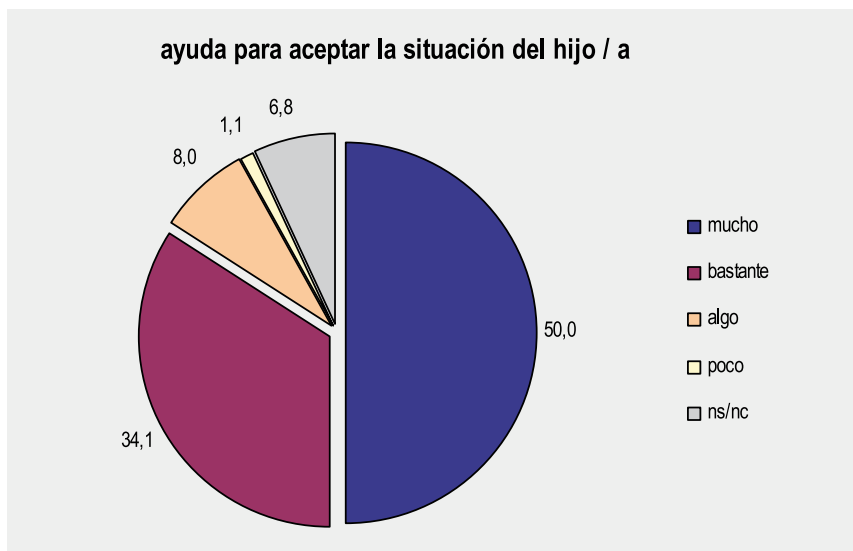
A la pregunta de si se le ha facilitado información y asesoramiento sobre la evolución del niño, un 69,3% (61 de los 80) contestaron que mucho y otros 23 (26,1%) que bastante. Un 63,6% declara que se las ha ayudado mucho a comprender la situación y otro 28,4% consideraron la ayuda “bastante”; 4 de los 80 la consideraron escasa (“poco” o “algo”)

facilitar información y asesoramiento sobre evolución de su
hijo / a



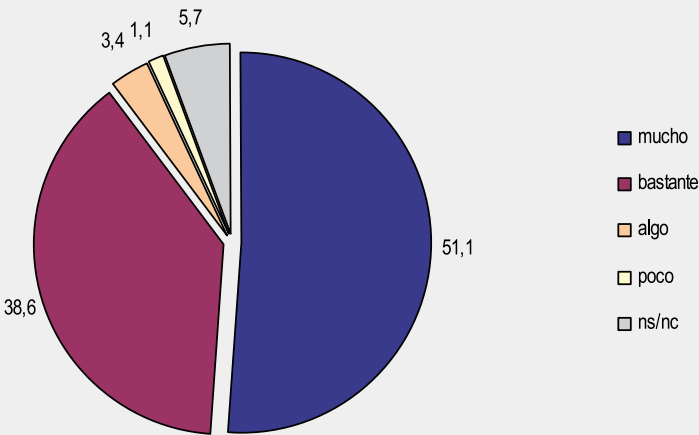


Respecto a la pregunta sobre si ha recibido apoyo para aceptar la situación, el 50% (44 familias) consideraron dicho apoyo como mucho y otras 30 familias (34,1%) bastante; un 9,1 lo consideraron algo o poco.



Un 89,8% ha sentido como mucha o bastante la necesidad de cooperación entre profesionales y familias para lograr una buena incentivación del niño, mientras que un 4,5% (4 de las 88 familias) no sintieron dicha necesidad o lo hicieron poco.

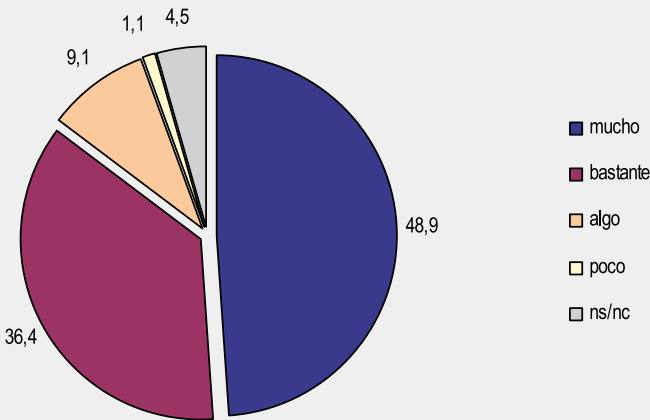
necesidad de cooperar / colaborar con los profesionales



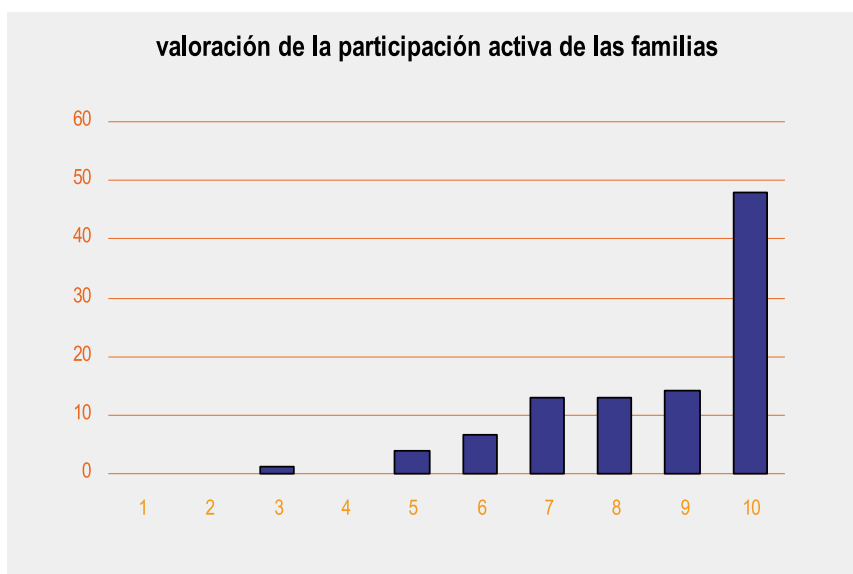
La orientación sobre recursos para permitir el establecimiento de redes sociales para las familias, es considerada como mucha por 43 de los 88 (48,9%) y como bastante por otro 36,4%; por último un 10,2% la califican de poca o escasa.

34

orientación sobre recursos beneficiosos para el desarrollo e integración social



La participación de las familias en el proceso es valorado de 0 a 10, obteniéndose la máxima puntuación por el 42% de las familias, de tal forma que la mediana de la distribución es mayor de 9 y el cuartil 25 se sitúa por encima del 8.



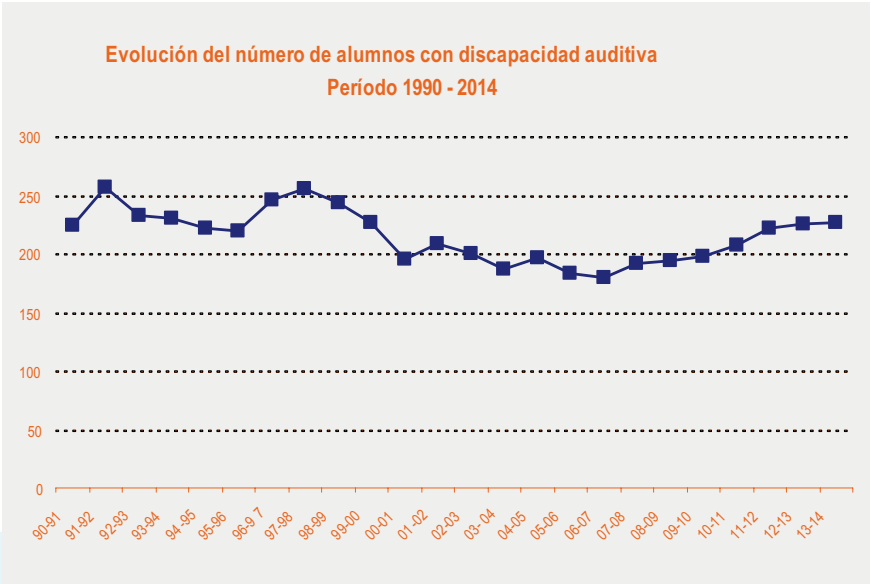
4.4 Fase de Integración

4.4.1 Evolución temporal y relación con el momento del diagnóstico del número total de alumnos con déficit auditivo

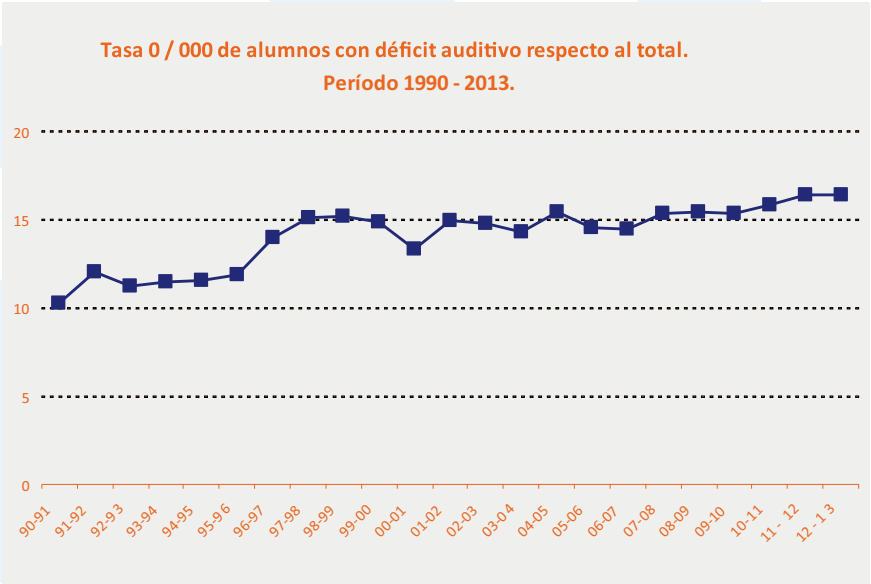
35

Los datos incluidos en este apartado han sido aportados por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) Específico de Atención a la Discapacidad Auditiva dependiente de la Consejería de Educación.

Según estos datos, son 227 los niños con alguna discapacidad auditiva atendidos por el sistema educativo público o concertado asturiano en el curso escolar 2013-14. Valorando la evolución de este número a lo largo de los últimos 20 años, destaca un descenso durante el período 1997 a 2007, con una ligera recuperación desde entonces.



Estos datos parecen estar en clara relación con el descenso general de la población escolar en nuestra Comunidad Autónoma, de forma que si relacionamos ambas tendencias se observa un incremento de la proporción de alumnos que a lo largo de estos años han sido atendidos por el EOEP de auditivos.

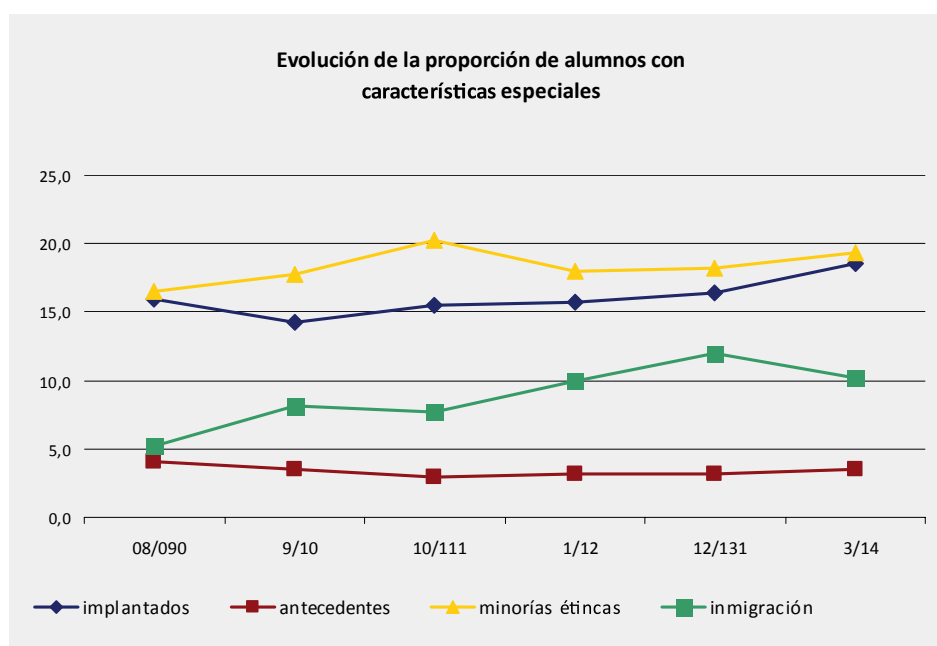


Respecto al número de alumnos según el momento en que son diagnosticados de déficit auditivo a través del PADAI o de forma externa al mismo, se observa que del total de alumnos que en este momento se encuentran en su período escolar, el 83,3% (189 de 227) ha sido detectado a través del programa; dentro de éstos el 32,8% (62 de los 189), en la fase de cribado neonatal.

Conviene recordar que el PADAI comenzó en Asturias en el año 2002, por lo que fue en el curso 2004-05 cuando los primeros niños cribados por el programa comenzaron a incorporarse al sistema educativo. Centrando la atención en los alumnos que actualmente están en educación infantil se observa que los niños detectados a través del cribado superan el 90% del total de niños censados por el EOEP.

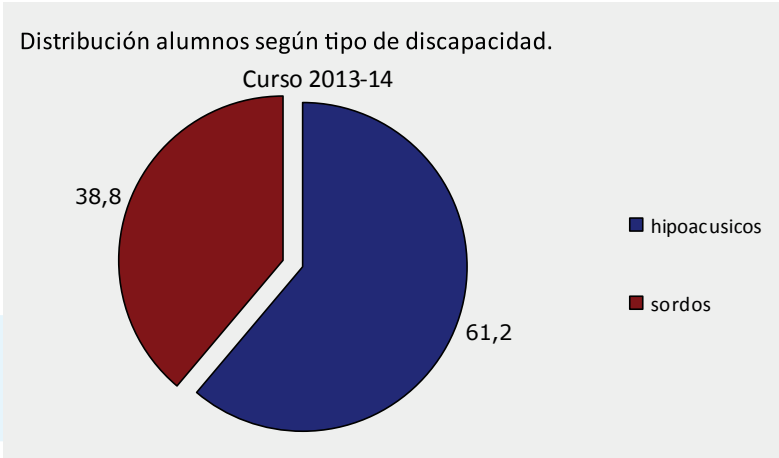
Puede ser de interés analizar la evolución en el tiempo de la proporción de niños con circunstancias que los puedan hacer necesitar algún tipo de recurso específico o que estén expuestos a un mayor riesgo de padecer situaciones de exclusión social. Incluimos en este apartado a los niños con antecedentes familiares de hipoacusia, los implantados cocleares, las minorías étnicas y los niños en núcleos familiares con padres inmigrantes.

Al incluir los datos de los 5 últimos cursos se observa una importante estabilidad en el caso de los niños implantados y con antecedentes familiares, y un incremento de los niños con mayor riesgo de exclusión social, sobre todo debido a un aumento de los niños en familias que han vivido un proceso de inmigración, de tal forma que en el curso 2013-14 estos dos grupos suponen un 30% del total de niños censados en el EOEP.

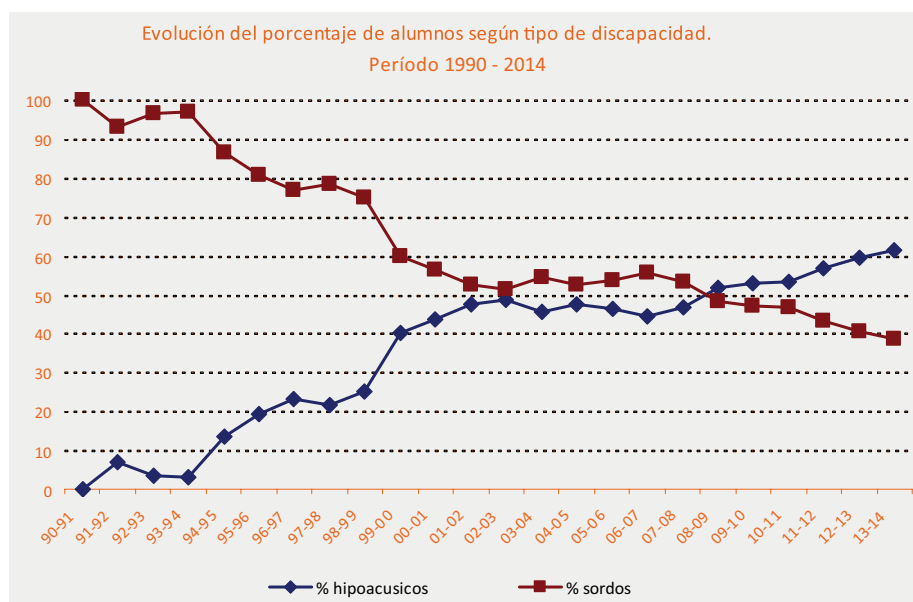


4.4.2 Distribución de los alumnos según tipo de discapacidad auditiva y su evolución en el tiempo

Antes de presentar los datos hay que reseñar que en del ámbito educativo el déficit auditivo se categoriza en hipoacusia y sordera según la deficiencia permita o no la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva. Siguiendo esta clasificación, en el curso escolar actual 139 alumnos (el 61,2% del total) son considerados hipoacúsicos, es decir, que su limitación auditiva no les impide acceder a la comunicación oral. Los 88 restantes son considerados niños sordos.



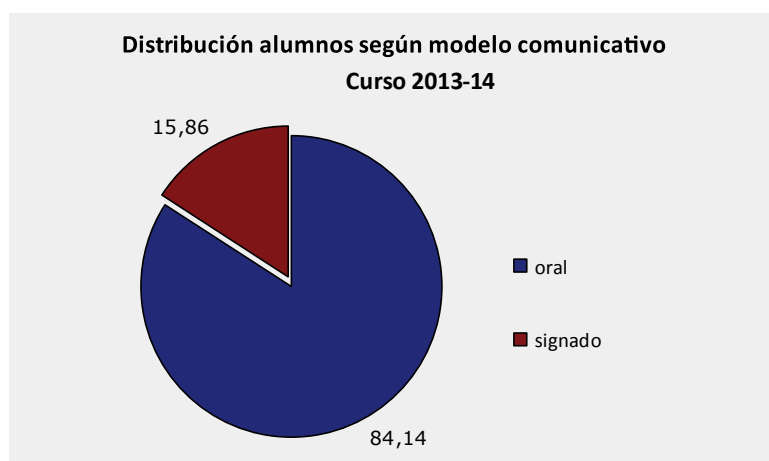
La distribución de los niños con déficit auditivo con arreglo a esta categorización cambia de forma drástica a lo largo del período de estudio. Mientras que en 1990 el 100% de los alumnos eran considerados sordos, en la actualidad el número de hipoacúsicos es desde el año 2008, superior al de niños sordos.



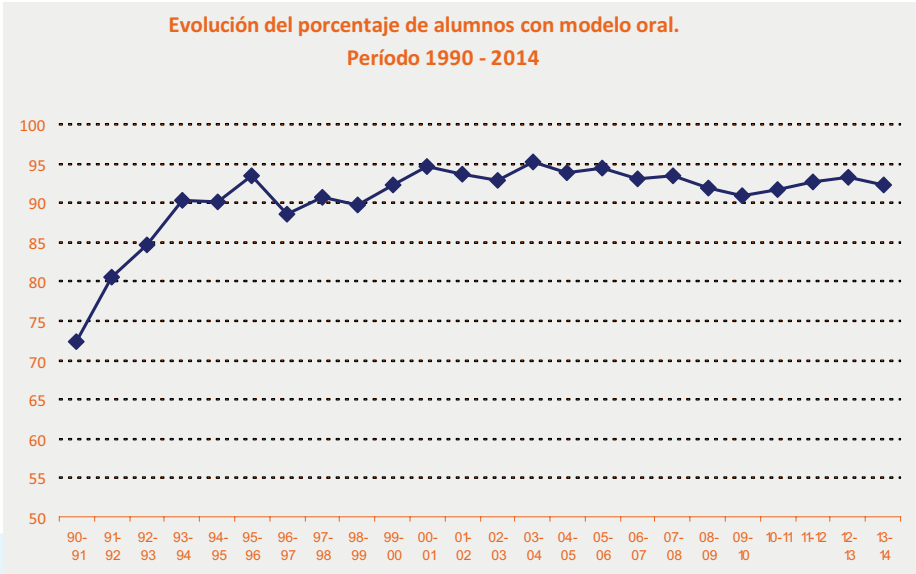
4.4.3 Modelo de comunicación: distribución actual y su evolución en el tiempo

En el curso actual, de los 227 alumnos con alguna discapacidad auditiva censados en el sistema educativo, un 85,3% (un total de 191 niños) tienen una comunicación preferentemente oral. Los niños que siguen una comunicación con lenguaje signado son 16.

39



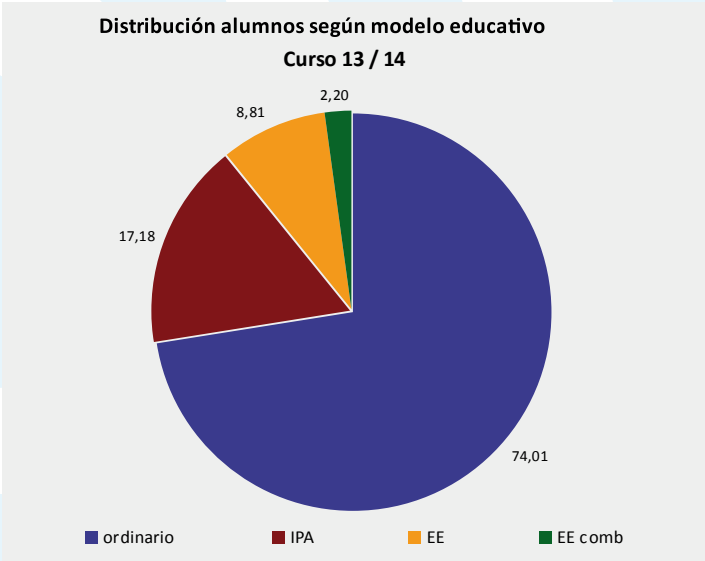
Esta distribución ha permanecido muy estable desde el inicio del PADAI, aunque se observa un evidente aumento a lo largo de los últimos 25 años del peso de la comunicación oral a expensas de la signada, de manera que en la actualidad el número de niños que utilizan para su comunicación el lenguaje oral se incrementó casi en un 30% respecto a los que lo usaban en 1990. Este incremento se produjo casi en su totalidad entre los años 1990 y 1995.



4.4.4 Modelo Educativo: distribución actual y evolución en el tiempo

Como consideración previa hay que reseñar que para el presente informe se tienen en cuenta los cuatro modelos educativos que se ofertan desde la Consejería de Educación a los niños con déficit auditivo; nos referimos al modelo ordinario, al de integración preferente (IPA), a la educación especial (EE) y a la educación especial combinada (EE combinada).

En el curso 2013-14 la mayor parte de los alumnos censados, concretamente un 74%, están encuadrados en el modelo ordinario, mientras que un total de 39 niños, el 17,2% del total, acuden a un centro de integración preferente de auditivos. El 8,8% restante de los alumnos acuden a centros de educación especial; una cuarta parte de éstos están encuadrados en el modelo de educación especial combinada.

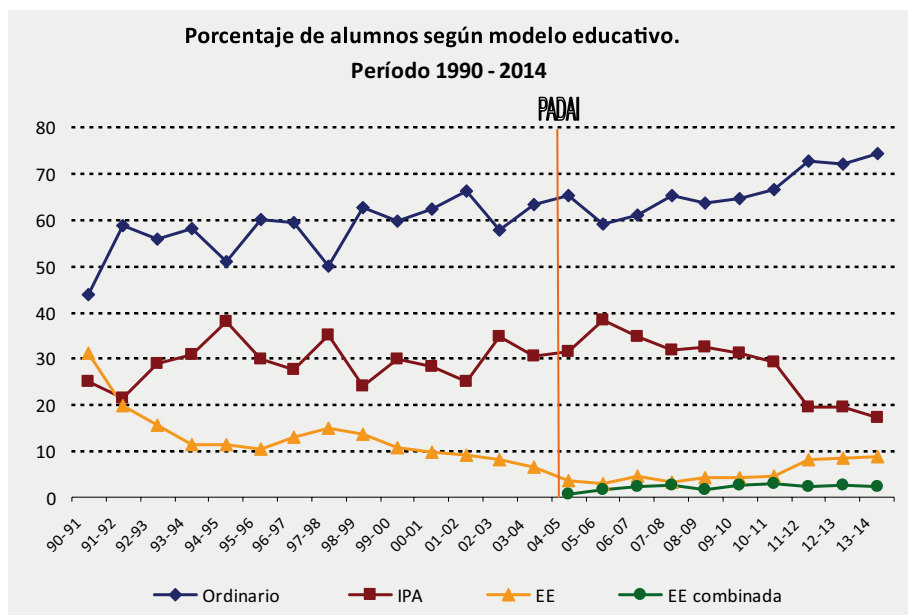


Observando la evolución de los datos desde el inicio del PADAI se detecta un incremento en el número de alumnos que siguen el modelo educativo ordinario que pasan del 57,5% en el curso 02-03 al 74% en el 13-14 y un descenso en el modelo de integración preferente que del 34,5% del total de alumnos en el 02-03 pasa al 17,2% en el 13-14. Respecto al modelo de educación especial, existe un porcentaje constante en torno al 10%, con la puntualización de que curso a curso se incrementa el modelo combinado a costa de la educación especial clásica.

Si centramos la atención en la evolución temporal desde el año 1990, se observa que el incremento de la proporción de alumnos que son educados en el modelo ordinario es en estos 20 años del 69%, de tal manera que se pasa del 43,75% de alumnos incluidos en este modelo en el curso 1990-91 al 74% del curso actual.

Por contra, mientras que en el curso 1990-91 casi 1 de cada 3 niños estaban en un centro de educación especial (concretamente el 31,2% de los alumnos), en el momento actual sólo el 8,8% siguen este modelo educativo. Supone un descenso del 73%. Esta tendencia no ha sido lineal a lo largo de estos años, de forma que casi toda la disminución porcentual de niños atendidos en educación especial, concretamente un 86%, se produjo entre los años 90 y 96 en los que la proporción de niños atendidos en estos centros pasó del 31,2% al 10,5%. Desde el año 2002 se pueden considerar cifras estables, con un peso cada vez mayor del modelo de educación especial combinado, que en el último curso incluido en el estudio supuso algo más de las dos terceras partes del total de niños atendidos en educación especial.

El porcentaje de niños incluidos en centros de integración preferente para auditivos se encuentra en estos momentos en el nivel más bajo desde el inicio de la serie debido a un cambio en la estrategia integradora de estos niños por parte de la Consejería de Educación, de forma que actualmente se prioriza la escolarización ordinaria sobre la preferente de auditivos.

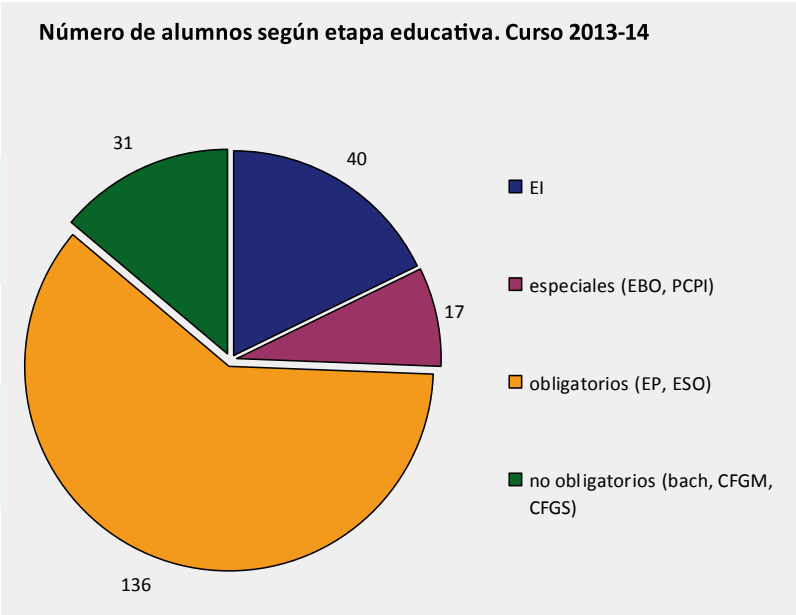


4.4.5 Etapas educativas: distribución actual y evolución en el tiempo

Del total de 227 alumnos censados para este curso, alrededor del 63% de ellos están incluidos en cursos de carácter obligatorio, considerando como tales la educación primaria (EP) y la educación secundaria obligatoria (ESO). Casi un 13% se encuentran en este momento encuadrados en educación infantil (EI).

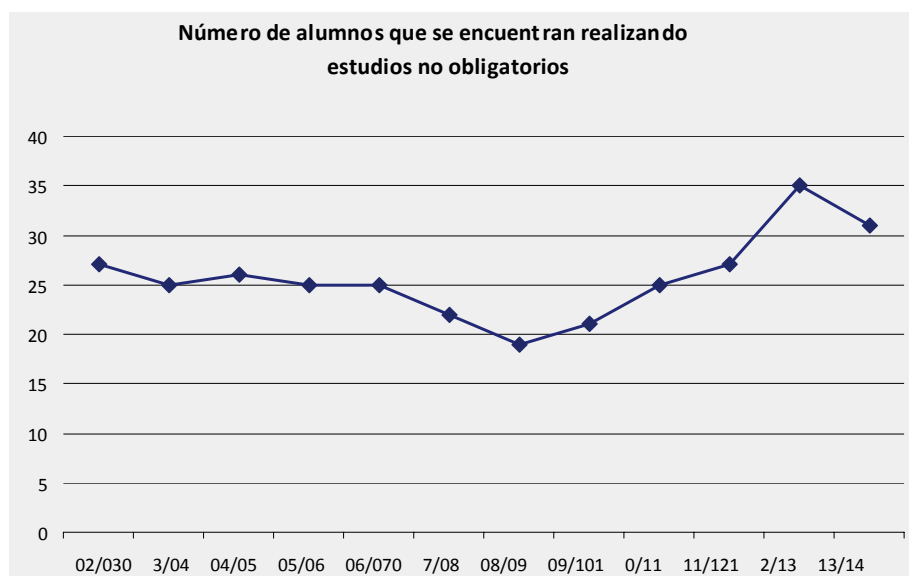
Siguen programas formativos especiales, bien el existente para la edad correspondiente a la educación primaria (EBO), bien el equivalente por edad a la ESO (PCPI), un total de 17 alumnos que suponen el 8% del total.

Cabe destacar que un total de 31 alumnos (13,6% del total) se encuentran en estos momentos realizando estudios post obligatorios, entre los que se incluyen el bachillerato y los Ciclos Formativos de Grado Medio (CFGM) y Superior (CFGS).



Evidentemente, un simple estudio de la distribución de los alumnos con déficit auditivo en las distintas etapas educativas año a año, sería resultado en gran medida de la simple evolución demográfica de esta población, por lo que a la hora de presentar los resultados de este apartado, creemos de un mayor interés describir la proporción de ellos que alcanza las etapas educativas no obligatorias (bachiller, CFGM, CFGS...), por considerar estos datos un mejor indicador de la influencia de las acciones encaminadas a lograr la integración de estos niños.

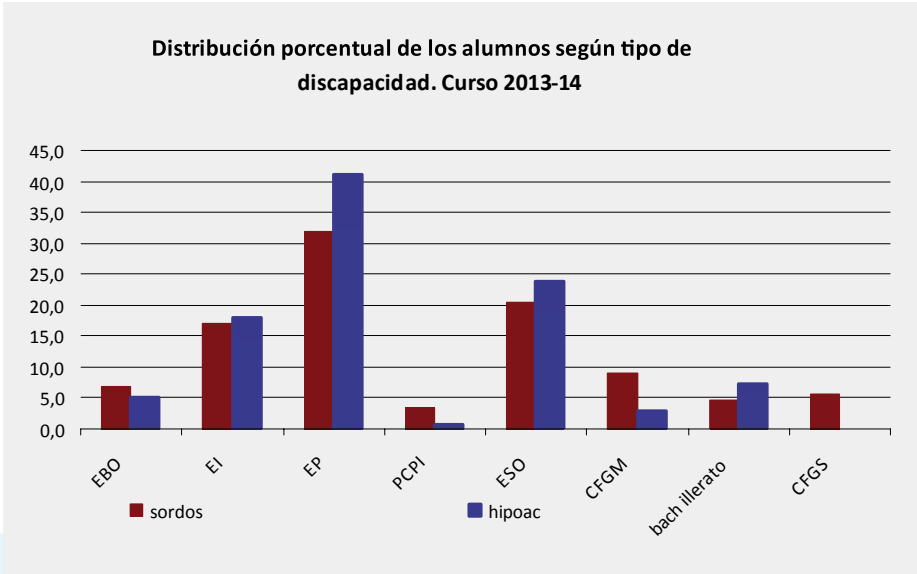
Tal y como se observa, esta proporción se mantuvo inicialmente muy estable alrededor del 14% del total de alumnos censados, con una disminución en los cursos 07/08 y 08/09 en el que llegó a rondar el 10%, y una posterior recuperación hasta el curso 2012-13 en que se obtienen los mejores datos de la serie (15,5%)



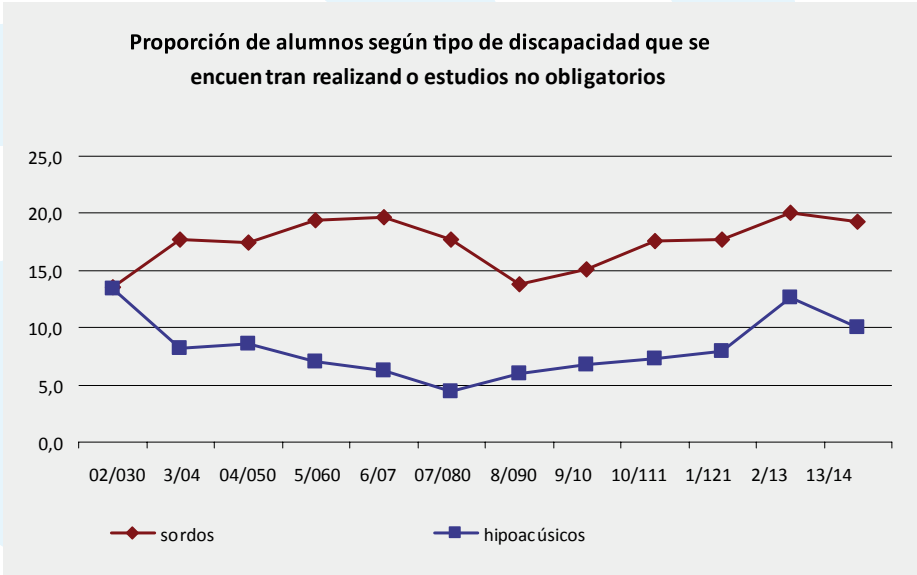
4.4.6 Distribución por etapa educativa según tipo de discapacidad: situación actual y evolución en el tiempo

Si observamos los mismos datos diferenciándolos según se correspondan con los niños etiquetados como hipoacúsicos o sordos, destaca el hecho de que en las etapas correspondientes con formación no obligatoria, es mayor la proporción de niños sordos que de hipoacúsicos. El porcentaje de niños clasificados como sordos que se encuentran en CFGM, bachillerato y CFGS es del 9,1%, 4,5% y 5,7% respectivamente, mientras que la proporción de alumnos considerados hipoacúsicos que están inscritos en CFGM es del 2,9%, en bachillerato el 7,2% y ninguno en CFGS.

Por lo demás, el porcentaje de niños hipoacúsicos incluidos en la educación primaria, en la infantil o en la ESO es mayor que el de niños sordos, mientras que estos se encuentran en mayor proporción en la educación básica obligatoria (EBO).



Al estudiar la evolución en el tiempo mediante la observación de la proporción de alumnos en etapa educativa post obligatoria según su discapacidad, lo más destacado es la disminución en el porcentaje actual de niños hipoacúsicos en las mencionadas etapas respecto a los que había en el curso 2002-03, aunque parece haber una recuperación en el último año que habrá que esperar para ver si se confirma en próximos años.



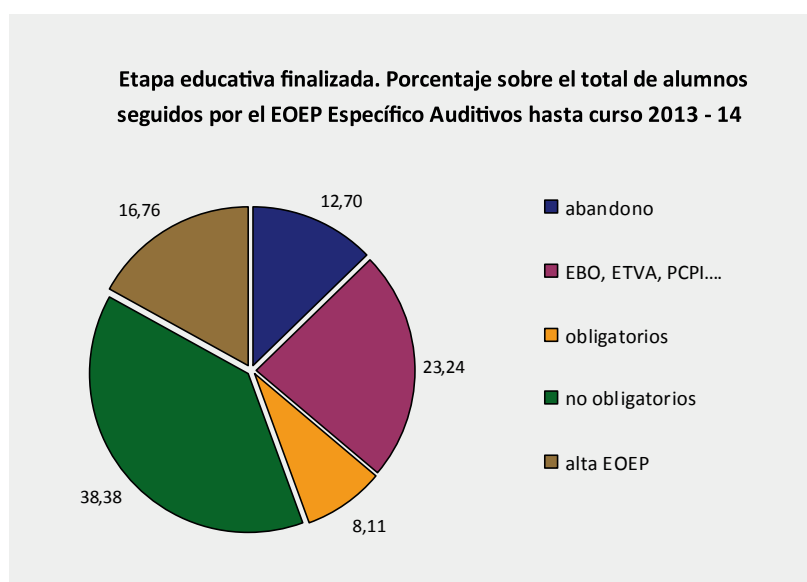
4.4.7 Nivel educativo alcanzado

En este apartado se incluyen los datos de los 405 alumnos egresados del censo del EOEP Específico de Atención a la Discapacidad Auditiva hasta el curso 2013-14 inclusive, teniendo en cuenta el curso que hacían en el momento en que se les dio de baja en el mismo.

Se excluyen para la descripción de los datos a los 35 niños que se trasladaron a otra Comunidad Autónoma.

Del total de 370 alumnos restantes, en 62 casos se consideró que a lo largo de su etapa educativa dejaban de necesitar una atención especial para lograr su integración total, y por tanto fueron dados de alta por el propio equipo. Dichos niños, que continuaron su periodo escolar de forma absolutamente normalizada, suponen el 16,7% del total de alumnos censados por el EOEP.

El porcentaje de niños que abandonaron el sistema educativo tras completar la formación en cursos de educación especial y similares fue del 23,2% (86 sobre 337); el 8,1% completaron la formación obligatoria (E.P. o E.S.O.) y un 38,3% finalizaron estudios post obligatorios (bachillerato, ciclo formativo de grado medio o superior, antigua formación profesional o universitarios). Por el contrario, un 12,7% del total abandonó el sistema educativo antes de terminar los estudios obligatorios.



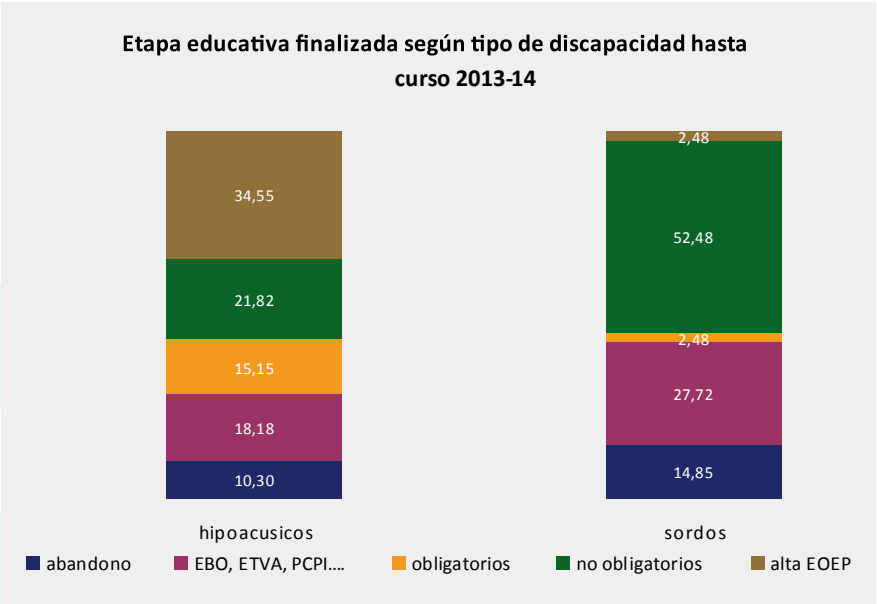
4.4.8 Nivel educativo alcanzado según tipo de discapacidad

Antes de entrar a describir los datos que hacen referencia a la etapa educativa alcanzada en relación al tipo de discapacidad, hay que recordar que no es una categorización estable en el tiempo, y niños considerados sordos en los primeros años incluidos en el estudio, ahora serían considerados hipoacúsicos.

Del total de 62 alumnos dados de alta antes de finalizar su período formativo, y que por tanto pasaron a estar incluidos dentro del alumnado sin ningún tipo de característica especial, 57 habían sido clasificados como hipoacúsicos, lo que supone el 33,9% del total de alumnos clasificados como tal. Los 5 niños restantes habían sido clasificados con arreglo a su discapacidad como sordos, suponiendo el 2,5% del total de éstos.

El 71,5% de los alumnos hipoacúsicos y el 57,4% de los clasificados como sordos han finalizado los estudios obligatorios(la E.S.O. o la E.G.B.), han realizado estudios no obligatorios, o incluso han sido dados de alta por el EOEP antes de finalizar su formación por considerar que ya no tenían necesidades específicas.

Respecto al resto de alumnos cabe destacar que el porcentaje de alumnos que realizaron cursos formativos, en programas especiales fue superior entre los niños sordos que entre los hipoacúsicos (27,7% y 18,8% respectivamente); lo mismo ocurre con la proporción de niños que abandonaron el sistema educativo antes de finalizar los estudios obligatorios (14,8% y 10,3%) respectivamente.

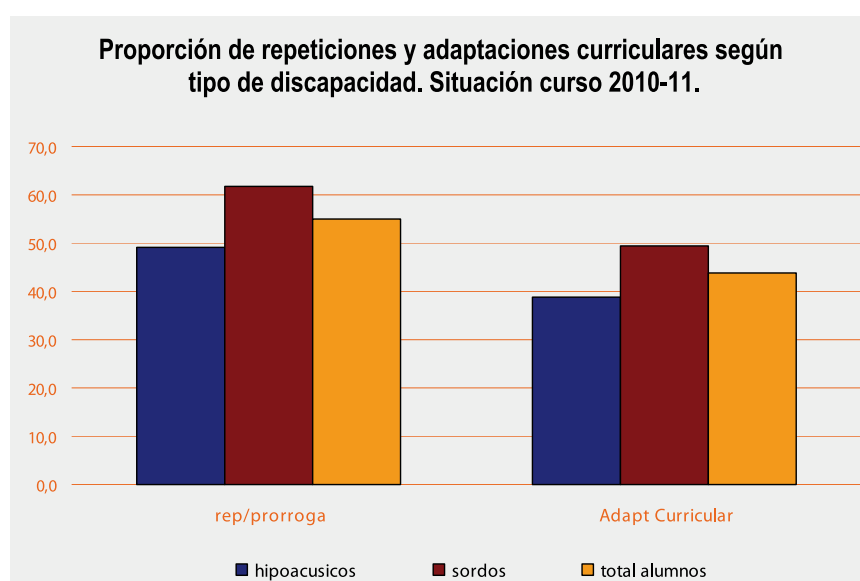


Etapa finalizada	Niños hipoacúsicos			Niños sordos		
	nº absoluto	frecuencia absoluta	frecuencia acumulada	nº absoluto	frecuencia absoluta	frecuencia acumulada
alta EOEP	57	34,55	34,55	5	2,48	2,48
no obligatorios	36	21,82	56,37	106	52,48	54,96
obligatorios	25	15,15	71,52	5	2,48	57,44
EBO, ETVA, PCPI....	30	18,18	89,70	56	27,72	85,16
abandono	17	10,30	100,00	30	14,85	100,00
total	165	100		189	100,00	

4.4.9 Evolución curricular según tipo de discapacidad y momento del diagnóstico

En relación a la evolución curricular, disponemos de datos hasta el curso 2010-11. Del total de alumnos censados en aquel momento, un 56,3% (117 de 207) tuvieron una prórroga o repetición, y un 40,9% una adaptación curricular referida a cursos inferiores en algún momento de su itinerario escolar.

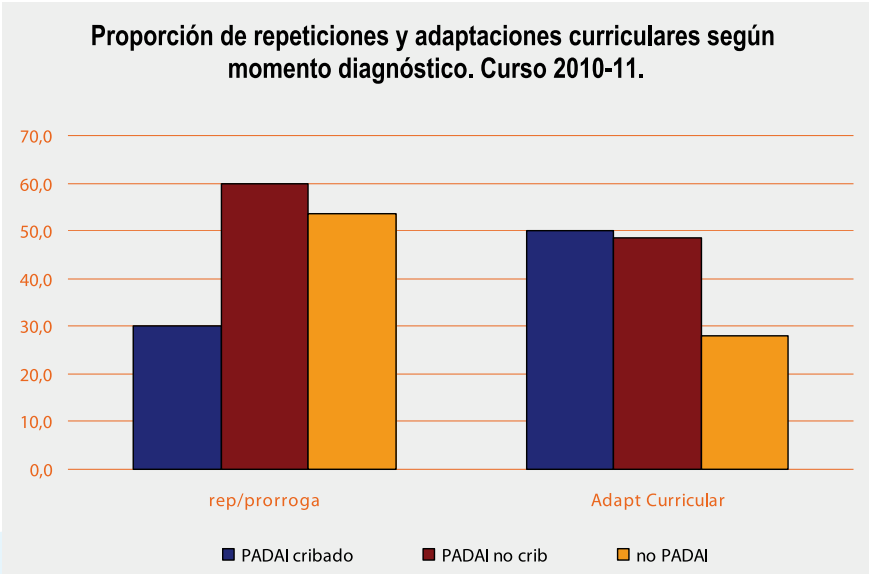
Si desagregamos estos datos según el tipo de discapacidad, se observa que en el grupo de hipoacúsicos el porcentaje de niños que han repetido o prorrogado algún curso es del 43,8% y la proporción de adaptaciones curriculares del 39,3%; entre los niños clasificados como sordos tuvieron repetición o prórroga el 53,1% y adaptación curricular el 50%.



Con respecto a la evolución curricular en relación con el momento en que se detecta el déficit auditivo, se realiza una comparación entre alumnos procedentes de la fase de cribado del PADAI, los derivados del PADAI que no fueron diagnosticados a través del cribado y los alumnos que no pertenecen al PADAI. Como se mencionó anteriormente la prórroga o repetición no se contempla en la educación infantil, por lo que para llevar a cabo esta comparación se excluyen los alumnos de cada uno de estos grupos que se encuentran en esta etapa formativa.

Los niños procedentes del cribado, con un porcentaje de prórroga del 30% (6 de 20 alumnos), son los que proporcionalmente menos repiten y por contra los que más adaptaciones curriculares tienen (50%).

En los otros dos grupos el número de alumnos que repiten estudios es mayor que el de los que tienen adaptaciones curriculares. De tal forma que los alumnos derivados del PADAI que no fueron detectados a través del cribado presentan el porcentaje de prórrogas del 60% (69 niños de 115) y una proporción de adaptaciones curriculares del 48,7%, y los niños no procedentes del PADAI presentan un 53,5% de repeticiones, y el menor porcentaje de adaptaciones curriculares, con un 27,9%.

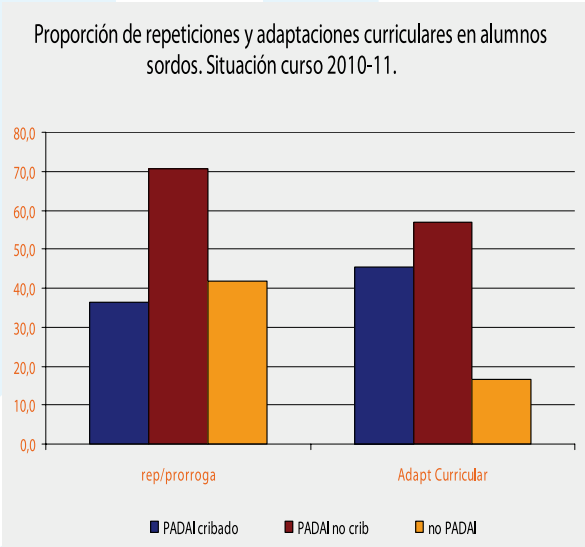
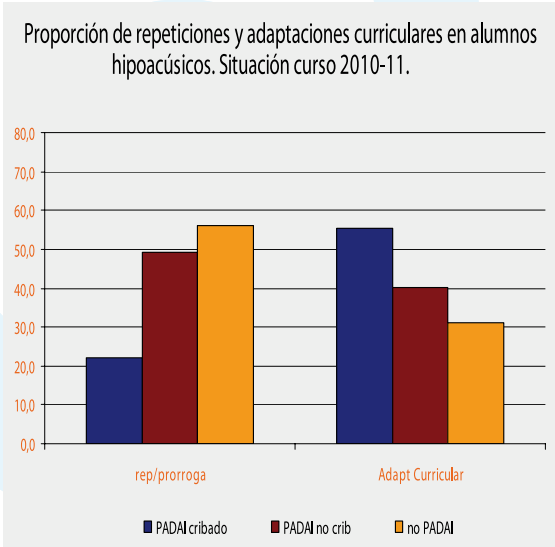


48

Dentro del grupo de alumnos con déficit auditivo detectado en el cribado neonatal, los clasificados como hipoacúsicos presentan el menor porcentaje de repeticiones (22,2%) y en cambio una proporción de adaptaciones curriculares de las más elevadas con el 55,6%. Los etiquetados como sordos en este grupo prorrogan estudios con bastante más frecuencia 36,4% y presentan menos adaptaciones curriculares, con un porcentaje del 45,5%.

Los niños pertenecientes al grupo de alumnos sordos derivados del PADAI que no fueron detectados a través del cribado, son los que con más frecuencia tienen prórrogas de sus estudios y adaptaciones curriculares, con unos porcentajes del 70,7% y del 56,9% respectivamente; los mismos porcentajes correspondientes a los niños hipoacúsicos pertenecientes a este grupo son del 49,1% y 44,4%.

Los niños hipoacúsicos del grupo de alumnos no derivados del PADAI tienen una proporción de repeticiones y adaptaciones curriculares mayores que los sordos.



5. DISCUSIÓN

5.1 Fase de Cribado

En este apartado creemos necesario destacar la buena cobertura alcanzada de forma constante a lo largo del período de estudio pese a que no se tiene información de los niños nacidos en los hospitales privados, que rondan el 5% del total de nacimientos en nuestra Comunidad Autónoma. Los datos obtenidos hacen pensar que un porcentaje considerable de esos niños acuden posteriormente a las Unidades de Cribado para hacerse la prueba.

Respecto a la participación se demuestra la efectividad de hacer la prueba de forma previa al alta hospitalaria y el bajo número de rechazos da idea de ser una prueba con una gran aceptabilidad por parte de la población. No obstante, existe una posibilidad de mejora en la participación sobre todo en situaciones concretas que se están detectando en los últimos años en determinadas Unidades, con una sensible pérdida de niños a lo largo de las fases del cribado.

5.2 Fase de Diagnóstico

Lo primero a destacar en este apartado es el alto porcentaje (más del 90%) de confirmación diagnóstica antes de los 3 meses de edad que aseguran una detección lo suficientemente precoz para permitir comenzar a trabajar la esfera auditiva y de comunicación del niño.

En relación con la participación en la confirmación diagnóstica, cabe señalar que tiene un comportamiento global muy similar a la de la fase de cribado, por lo que parece asegurado un adecuado acceso a la Unidad de Hipoacusia Infantil desde las distintas Áreas Sanitarias.

Por otra parte, confirman el buen funcionamiento de la fase de cribado tanto el pequeño número de casos derivados para la confirmación como el valor predictivo positivo del mismo, que se ajustan a los esperados y a los observados en programas de similares características. Estos datos, junto con una tasa de detección (alrededor del 3%), congruente con la literatura publicada al respecto, invitan a pensar que el número de falsos negativos del cribado no ha de ser elevado. Es necesario recordar que la estimación de estos últimos de forma directa es prácticamente imposible ante la dificultad de diferenciar, entre un falso negativo y una hipoacusia sobrevenida o simplemente de aparición tardía.

5.3 Fase terapéutica

Antes de nada hay que señalar la limitación derivada de la ausencia de un sistema de información para la evaluación de esta fase del PADAI, que permitiese mantener una coherencia temporal de los resultados presentados, además de suponer un incremento en la incertidumbre sobre la consistencia de los datos.

Pese a ello creemos que los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso terapéutico aseguran el cumplimiento del objetivo principal de la continuidad de la atención y de la coordinación entre las unidades del PADAI.

Cabe destacar el alto porcentaje de casos en los que se consiguen los objetivos planteados en las diferentes áreas de trabajo, que supera el 66% en los que se considera el objetivo alcanzado completamente, y el 90% si añadimos los niños en los que se logra de forma parcial. Creemos que sería de interés la realización de un estudio que permita averiguar que factores pueden estar influyendo en los casos de no cumplimiento, ya que

aunque la percepción es que se deben fundamentalmente o bien a la presencia de pluripatología que dificulta el desarrollo, o a la ausencia de un apoyo adecuado del entorno familiar, sería necesaria una confirmación de esta hipótesis.

Respecto a la esfera audiológica lo más reseñable es la importancia de contar con un gabinete audiológico propio dentro del PADAI, que más allá de servir para completar los estudios necesarios para la caracterización de los déficits auditivos y colaborar en el seguimiento de los casos, sirve para realizar el seguimiento de las adaptaciones llevadas a cabo por los gabinetes privados (supone el 50% de su actividad) y asegurar la calidad de los mismos (un 54% de modificaciones) y para aportar prótesis en casos de dificultad económica (hasta casi un 15% del total de niños atendidos) lo que permite evitar a dichas familias afrontar un gasto económico por un artículo hasta que no se asegura previamente su utilidad.

5.4 Fase de integración

Es importante aclarar que los datos presentados en el apartado de resultados que hacen referencia a esta parte del proceso incluyen sólo a los niños que acuden a escuelas públicas o colegios concertados, ya que no hay información a este respecto de los alumnos de colegios privados.

Hay que destacar el alto porcentaje de niños detectados en el cribado sobre el total de niños procedentes del PADAI, lo que vuelve a sugerir un buen comportamiento del cribado e indirectamente un bajo número de falsos negativos.

50

Puede ser interesante hacer un seguimiento en la evolución en el tiempo de la proporción de alumnos en situaciones de mayor riesgo de situación de exclusión social ya que se observa un incremento de los mismos en los últimos cursos, aunque para ello sería importante definir mejor los criterios de inclusión en este apartado de riesgo de exclusión social, sobre todo en un entorno como el actual de importante crisis económica.

Respecto a la evolución en el tiempo de la distribución de los alumnos según su discapacidad auditiva, conviene decir en forma de limitaciones que el EOEP en un inicio no controlaba a los hipoacúsicos, y por ello no están incluidos en este análisis; así mismo en la actualidad parte de los niños sordos que presentan múltiples patologías asociadas no son controlados por el equipo y tampoco se reflejan en estos datos. La mayor parte del cambio observado en el periodo de estudio se produce a lo largo de los últimos años de la década de los noventa, de forma previa a la instauración del PADAI; no obstante, parece observarse otro repunte en el número de niños considerados hipoacúsicos a partir del curso escolar 2006-07 en el que se incorpora al sistema educativo la primera cohorte de niños cribados por el programa.

Hay que tener en cuenta que esta categorización atiende solamente a la capacidad auditiva, y lo verdaderamente interesante sería su comparación con el modelo comunicativo adoptado por el alumnado, que es en su inmensa mayoría (cerca del 90%) el lenguaje oral. Esto es reflejo del hecho de que una gran parte de los alumnos considerados sordos, finalmente y pese a ello adquieren la capacidad de comunicarse de forma verbal. De todas formas, también hay algunas limitaciones para realizar un análisis de la evolución en los últimos 20 años de la distribución de los alumnos según el modelo comunicativo utilizado, ya que la fiabilidad de los datos obtenidos para esta variable en los primeros años del estudio es menor que en la actualidad, y ha habido cambios en la forma de contemplar esta característica a lo largo del tiempo. Además para este informe el criterio utilizado para considerar a un alumno con modelo signado es la presencia de intérprete y esta relación no siempre es directa y unívoca: muchos de los que solicitan intérprete tienen capacidad de lenguaje oral pero prefieren tener la ayuda de este recurso, y en ocasiones algunos alumnos al llegar a cursos postobligatorios vuelven a solicitar el intérprete por aumentar las dificultades académicas y manejarse mejor con el lenguaje signado.

En relación con el modelo educativo, el dato más interesante a analizar es el aumento del porcentaje de niños que se educan en el modelo ordinario, a costa de la disminución en el porcentaje de los que siguen el modelo de integración preferente. Este hecho es reflejo de las líneas estratégicas seguidas por la Consejería de Educación en los últimos años, en busca de lograr para los niños con déficit auditivo una mayor integración. Por otra parte, el porcentaje de niños que siguen el modelo de educación especial ha disminuido de forma evidente en los últimos años hasta estabilizarse alrededor del 10% desde inicios de la década pasada; actualmente este alumnado está integrado por niños con pluripatología y deficiencias múltiples que no se corresponden con la esfera auditiva, y que hacen su integración en otros modelos muy dificultosa. Aún así, en los últimos años se está haciendo un importante esfuerzo, al incluirlos en un modelo de educación especial combinada y no exclusiva.

Respecto al nivel educativo alcanzado, nos pareció de mayor interés para evaluar la consecución del objetivo final del PADAI el análisis de la proporción de alumnos que cursan estudios post obligatorios, ya que la tasa de abandono que podría ser otro indicador clave, en nuestro estudio está limitada por no tener información de cuántos de los alumnos que no terminan estudios obligatorios, en realidad son niños integrados en el modelo de educación especial y con pluripatología. Según nuestros datos, casi el 40% del total del alumnado con déficit auditivo siguen estudiando tras terminar la etapa educativa obligatoria. Dentro de éstos están incluidos alrededor del 50% de los niños considerados sordos y algo más del 20% de los hipoacúsicos. Estos resultados podrían considerarse curiosos al tener aparentemente un mejor comportamiento el alumnado con mayor dificultad auditiva; creemos que la explicación a este hallazgo es el porcentaje de estudiantes a los que el EOEP da el alta antes de terminar su periplo académico, por considerar que ya no tienen ningún tipo de necesidad especial y que por tanto han logrado su integración de forma plena. En este último grupo se encuadran el 16,6% del total del alumnado, con una distribución desigual entre los hipoacúsicos, algo más de un tercio, y sordos entre los que solamente son dados de alta el 2,5%.

En cuanto a la comparación de la distribución del alumnado por etapa educativa al inicio y final del período de estudio, las variaciones obtenidas son mínimas y parecen responder más a cambios demográficos que a circunstancias derivadas de la atención o recursos que se ponen a disposición de este grupo de población.

Por último, en relación con el análisis de los datos de la evolución curricular, hay que realizar varias aclaraciones en relación con las repeticiones y las adaptaciones. Las repeticiones o prórrogas sólo se realizan a partir de educación infantil, por lo que los alumnos escolarizados a partir del año 2008 no han tenido aún esa posibilidad, y gran parte de las adaptaciones se mantienen de forma preventiva unos años y luego con más edad, si evolucionan bien, se quitan. Algunas de ellas se realizan sobre la asignatura de idioma extranjero. Además es conveniente tener en cuenta, en el momento del análisis, que tanto las repeticiones o prórrogas, como las adaptaciones curriculares no pueden ser consideradas como malos resultados si no como recursos que se ponen a disposición de los alumnos.

Como es esperable el alumnado clasificado como sordo es el que consume en una mayor proporción este tipo de recursos. Al hacer la comparación según el origen de los niños, es decir si fueron detectados a través del PADAI, bien en la fase de cribado o a posteriori, o independientemente del mismo, puede llamar la atención del comportamiento del alumnado detectado a través del cribado del PADAI, más evidente entre los hipoacúsicos, en el que se observa el porcentaje más bajo de repeticiones / prórrogas, y el más elevado de adaptaciones curriculares. Creemos que se explica de forma plausible por el hecho de que estos niños son aún comparativamente más pequeños, y las repeticiones o prórrogas es un recurso que se utiliza con más frecuencia en niños mayores.

6. CONCLUSIONES

- El PADAI tiene una alta participación como síntoma de buena aceptabilidad por parte de la población
- La fase de cribado presenta una buena cobertura y un comportamiento sólido; no obstante los datos del último año en Unidades concretas hace prudente realizar un seguimiento especial en próximos años de esta fase del PADAI
- La confirmación diagnóstica tiene lugar de forma precoz en un alto porcentaje de los niños
- Está asegurada la continuidad diagnóstico terapéutica clave en la atención a la población infantil con hipoacusia
- Un elevado porcentaje de los niños con un déficit auditivo que imposibilitaría la adquisición del lenguaje, finalmente adoptan de forma preferente una comunicación oral
- Casi uno de cada cinco alumnos con hipoacusia son dados de alta por el EOEP específico de auditivos antes de terminar su período escolar por considerarse que dejan de tener necesidades especiales y por tanto han logrado la integración plena. Además casi la mitad continúan su período formativo tras terminar los estudios obligatorios.

7. RECOMENDACIONES

- Asegurar la universalidad del cribado mediante medidas que permitan la inclusión de los niños nacidos en los hospitales privados de nuestra Comunidad Autónoma, así como recabar información del volumen de estos niños que actualmente están siendo cribados por las unidades del PADAI
- Desarrollo de un sistema de información único que abarque el proceso global de atención en el PADAI
- Realizar un estudio de los casos en los que no se alcanza el objetivo planteado en las diferentes áreas de trabajo de la atención temprana, para lograr mejorar dichos resultados
- Conseguir una mejor integración de la información entre el EOEP específico de auditivos de la Consejería de Educación y el PADAI



Programa de Atención
al Déficit Auditivo

Infantil

2002 - 2014