

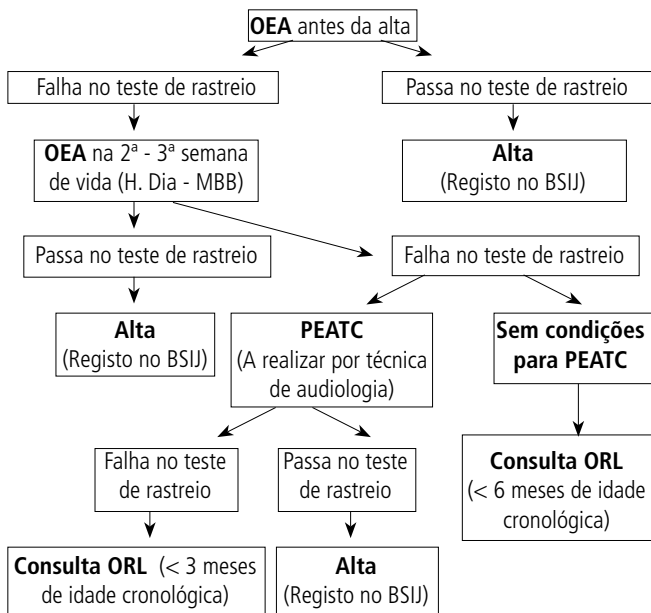
## Rastreio auditivo neonatal universal

Paulo Fonseca, Conceição Ramos

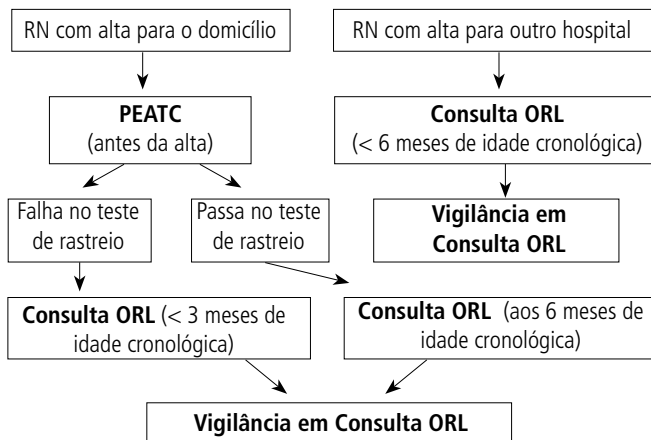
- A incidência de perda auditiva significativa bilateral é estimada em 1-3 / 1000 RN saudáveis, e em 20-40 / 1000 RN com factores de risco;
- Todas as crianças devem ser rastreadas ao nascer ou, no máximo, até ao final do 1º mês de vida e, no caso de perda auditiva confirmada, deverá iniciar a intervenção adequada até aos seis meses de idade;
- A metodologia a utilizar no programa de rastreio deve detectar todas as crianças com uma perda auditiva  $\geq 35$  db;
- Actualmente existem dois métodos fisiológicos que demonstram boa sensibilidade e especificidade para atingir o objectivo referido na alínea anterior: 1) Potenciais evocados auditivos do tronco cerebral (PEATC); e 2) Otoemissões acústicas (OEA);

Algoritmo de rastreio:

### RN saudável e sem indicadores de risco para surdez:



### RN com indicadores de risco para surdez



### Bibliografia

1. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Pediatrics 2000;106(4):79-817.
2. Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). Acta Pediatr Port 2007;38(5):209-14.

### Notas finais:

- 1- São considerados indicadores de risco para surdez, todos os seguintes:
  - História familiar de surdez permanente na infância;
  - Necessidade de UCIN > 5 dias ou, independentemente da duração do internamento em UICN: ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas (ex. aminoglicosídeos) ou diuréticos de ansa; hiperbilirrubinemia com critérios de exsanguíneo-transfusão; e circulação extra-corpórea;
  - Infecção in-útero (ex. citomegalovirus, herpes simplex, *Toxoplasma gondii*, rubéola ou *Treponema pallidum*);
  - Achados do exame físico: madeixa branca congénita ("white forelock") ou anomalias craniofaciais (apêndices ou fossetas pré-auriculares, anomalias do canal auditivo, do pavilhão auricular ou do osso temporal);
  - Outros estigmas de síndrome associada a surdez congénita ou progressiva (neurofibromatose, osteopetrose, S. de Usher, S. de Waardenburg, S. de Alport, S. de Pendred ou S. de Jervell e Lange-Nielson);
  - Suspeita de doença neurodegenerativa (ex. S. Hunter) ou Neuropatias sensorio-motoras (ex. ataxia de Friedreich, S. de Charcot-Marie-Tooth);
  - Infecções pós-natais com confirmação microbiológica, associadas a surdez neuro-sensorial (ex. meningite bacteriana ou vírica, especialmente herpes simplex e varicela zoster);
  - Traumatismo craniano, especialmente se fracturas do osso temporal ou da base do crânio.

2- O programa de rastreio deverá ser sujeito a um controlo de qualidade, a realizar cada 6 meses, sendo parâmetros de qualidade todos os seguintes:

- O programa de rastreio é considerado efectivo, se forem avaliados até ao final do 1º mês de vida > 95% do total de RNs nascidos na MBB;
- A percentagem de RNs que não são rastreados ou que não completam o rastreio, deve ser < 4%;
- O índice de referência para avaliação audiológica completa, após rastreio inicial, deverá ser  $\leq 4\%$ ;
- O índice de falsos positivos deve ser  $\leq 3\%$ .

3- Registrar sempre no BSII o resultado do rastreio, em todas as suas fases;

4- Quando for necessário repetir o teste de rastreio, rastrear ambos os ouvidos, independentemente do resultado antes obtido;

5- Qualquer RN que seja readmitido na UCIN por condição associada a risco de surdez, independentemente de já ter sido, ou não, rastreado anteriormente, deverá repetir o rastreio antes da alta, seguindo o algoritmo de rastreio do RN com indicadores de risco para surdez.

3. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Pediatrics 2007;120:898-921.