

## **OIDO, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS**

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de las discapacidades provocadas por pérdidas de audición, alteraciones del equilibrio y enfermedades tumorales con asiento en los órganos ORL.

En primer lugar se establecen las normas de carácter general para la valoración de la deficiencia producida por estos trastornos. En segundo lugar se determinan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponde a cada caso.

### **NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR PERDIDA DE AUDICION, ALTERACION DEL EQUILIBRIO Y PATOLOGIA TUMORAL**

#### **PÉRDIDA DE AUDICIÓN**

1. Ultimamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.
2. El porcentaje de deficiencia por pérdida auditiva se basará en la pérdida de audición binaural.  
La disminución de la audición se mide valorando la pérdida en decibelios en las cuatro frecuencias en que habitualmente se desarrolla la comunicación humana: 500, 1.000, 2.000 y 3.000Hz.
3. Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear, la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado nunca podrá ser inferior al 33%.
4. La presencia de acúfenos se valorará según los criterios establecidos en este capítulo para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia.  
Si no existe pérdida auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que ésta exista.
5. El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista.

#### **ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO**

1. Serán objeto de valoración los pacientes que presenten sensación vertiginosa acompañada de signos objetivos de alteración vestibular, siendo el nistagmo el dato objetivable fundamental.

2. En las enfermedades vertiginosas que cursan en crisis, la mayor o menor frecuencia con que éstas aparecen condiciona el grado de interferencia en las actividades de la vida diaria, por lo que el número de crisis se incluye como criterio para la asignación del porcentaje de discapacidad. Estas crisis deberán estar documentadas médicamente.
3. Con cierta frecuencia la patología vestibular va acompañada de pérdida de audición. En estos casos, deberán ser combinados los porcentajes de discapacidad originados por cada una de estas deficiencias.

## **PATOLOGÍA TUMORAL**

1. La valoración de pacientes diagnosticados de neoplasia cervicofacial se realizará de acuerdo con las normas generales que aparecen en el capítulo correspondiente a Neoplasias.
2. El porcentaje de Discapacidad consecuente a deficiencias específicas ORL, como, por ejemplo, las deglutorias y las derivadas de la existencia de una traqueotomía permanente, deberán combinarse con el atribuido a Neoplasia.

## **CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR DEFICIENCIA AUDITIVA**

En primer lugar, se exponen las pautas para la estimulación de la pérdida auditiva monoaural, según el nivel de audición (Tabla 1).

En segundo lugar, se determinan los criterios para la valoración de la deficiencia binaural, expresada en porcentajes de pérdida auditiva (Tabla 2).

Por último, se establece la correspondencia entre la deficiencia de audición y el porcentaje de discapacidad originado por esta deficiencia (Tabla 3).

## **PERDIDA DE AUDICION MONOAURAL**

No se considerará pérdida auditiva cuando el umbral de audición sea de 25db o menor. A partir de esta cifra, a cada db de pérdida se le aplicará un porcentaje del 1.5% de disminución de audición; por lo tanto, una hipoacusia con un nivel de audición de 91.7 db se considerará ya una pérdida del 100%.

Para la determinación de la pérdida de audición monoaural se sumarán los umbrales de audición en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 3.000, obteniéndose por medio de la **Tabla 1** las correspondencias, en porcentajes, de pérdida auditiva.

**Tabla1:**  
**Conversión del nivel de audición en porcentaje de pérdida auditiva monoaural**

SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%
100	0.0	155	20.6	210	41.2	265	61.9	320	82.5
105	1.9	160	22.5	215	43.1	270	63.8	325	84.4
110	3.8	165	24.4	220	45.0	275	65.6	330	86.2
115	5.6	170	26.2	225	46.9	280	67.5	335	88.1
120	7.5	175	28.1	230	48.9	285	69.3	340	90.0
125	9.4	180	30.0	235	50.5	290	71.2	345	90.9
130	11.2	185	31.9	240	52.5	295	73.1	350	93.8
135	13.1	190	33.8	245	54.4	300	75.0	355	95.6
140	15.0	195	35.6	250	56.2	305	76.9	360	97.5
145	16.9	200	37.5	255	58.1	310	78.8	365	99.4
150	18.8	205	39.4	260	60.0	315	80.6	368.6	100.0

### PERDIDA DE AUDICION BINAURAL

Se determinará por la formula siguiente:

$$\frac{5x(\% \text{ pérdida en el mejor oído}) + \% \text{ pérdida en el peor oído}}{6}$$

Derivada de esta fórmula se obtiene la Tabla 2, en la que se considera la suma de umbral de las frecuencias antes citadas en el mejor y peor oído.

**Tabla 2:**  
**Correspondencia entre la pérdida binaural y el porcentaje de discapacidad**

% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad
0-1,6	1	16,1-17,6	11	32,6-35	21	59,6-64	31
1,7-3,2	2	17,7-19,2	12	35,1-37,5	22	64,1-68,5	32
3,3-4,8	3	19,3-20,8	13	37,6-40	23	68,6-73	33
4,9-6,4	4	20,9-22,4	14	40,1-42,5	24	73,1-77,5	34
6,5-8	5	22,5-23,9	15	42,6-45	25	77,6-81,9	35
8,1-9,6	6	24-25,4	16	45,1-47,5	26	82-85,6	36
9,7-11,2	7	25,5-26,9	17	47,6-50	27	85,7-89,2	37
11,3-12,8	8	27-28,4	18	50,1-52,5	28	89,3-92,8	38
12,9-14,4	9	28,5-29,9	19	52,6-54,9	29	92,9-96,4	39
14,5-16	10	30-32,5	20	55-59,5	30	96,5-100	40

## **CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO**

**CLASE I** **0%**  
Paciente con clínica compatible con patología vestibular sin existencia de signos objetivos.

**CLASE II** **1 a 24%**  
El paciente presenta patología vestibular acompañada de signos objetivos, y el grado de discapacidad es leve, presentando imposibilidad para llevar a cabo actividades complejas, tales como deportes de notables esfuerzo y/o equilibrio (por ejemplo, montar en bicicleta), o tiene crisis de vértigo con una frecuencia de 6-10 anuales.

**CLASE III** **25 a 49%**  
El paciente presenta patología vestibular con signos objetivos, y el grado de discapacidad es moderado, presentando dificultades para realizar actividades fuera del domicilio (por ejemplo, gran impedimento para cruzar la calle por dificultad en los giros rápidos de cabeza o dificultad para bajar escaleras de inclinación normal), o tiene crisis vertiginosas con una frecuencia de más de una al mes.

**CLASE IV** **50 a 70%**  
Existe evidencia de signos objetivos de disfunción vestibular, y el grado de discapacidad es grave, necesitando ayuda para realizar actividades incluso en su domicilio.

## **CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ORIGINADO POR DEFICIENCIAS DE ORIGEN TUMORAL**

Se asignará porcentaje de discapacidad del 20% a aquellos pacientes con alteración de la deglución que estén obligados de forma permanente a la ingesta exclusiva de alimentos líquidos o pastosos.

Se asignará un porcentaje de discapacidad del 25% a los pacientes con laringectomía total y portadores de un traqueostoma permanente.

El porcentaje de discapacidad secundario a las deficiencias del lenguaje producidas por el traqueostoma permanente será asignado siguiendo los criterios establecidos en el capítulo correspondiente y se combinará con el derivado del propio estoma.

## **ORIENTACIONES CLÍNICAS**

### **PATOLOGIA AUDITIVA**

#### **Implante coclear**

Con la aplicación de nuevas tecnologías, algunas personas que hasta hace unos años no tenían ninguna perspectiva de mejora han visto variada su situación hacia una notable mejoría; este es el caso de los pacientes a los que se les ha realizado un implante coclear.

Estas personas tienen, en general un umbral auditivo tonal muy alto(30%) antes de iniciarse el proceso rehabilitador, pero su capacidad para la discriminación de la palabra es prácticamente nula, debido a la diferente tipo de estímulo que recibe su vía auditiva.

Las personas adultas con sordera postlocutiva obtienen del implante un beneficio, que será mayor cuanto menor sea el tiempo transcurrido desde que se produjo la sordera; si ésta ha sido progresiva y el paciente tiene una buena labiolectura serán más rápidos e importantes.

El nivel cultural, la motivación, el C.I. y el ambiente familiar son factores que contribuyen a un mejor aprovechamiento de esta prótesis.

Cuando los pacientes son niños con sordera postlocutiva, los progresos son aún más rápidos y notables.

En el caso de niños con sordera congénita o prelocutiva, los logros auditivos y de mejora del lenguaje no llegarán a alcanzar nunca los logrados por los grupos anteriores, aunque se benefician también de esta técnica.

Los pacientes adultos y los adolescentes con sordera prelocutiva obtienen pocos beneficios con el implante coclear, ya que, aunque son capaces de identificar ruidos ambientales habituales, las deficiencias del lenguaje son difícilmente modificables.

### **PATOLOGÍA VESTIBULAR**

El equilibrio es controlado por tres sistemas: vestibular, propioceptivo, y visual. El deterioro en cualquiera de ellos provocará alteraciones en el equilibrio que, en

muchos casos, podrán ser compensadas por los otros dos sistemas.

Los trastornos del equilibrio son de difícil cuantificación, viéndose entorpecida su medida por la influencia que muchas veces tiene en estos pacientes su estado psíquico.

El único dato objetivable es el nistagmus, que traduce una alteración vestibular central o periférica. Con su medición y recogida en la E.N.G., podemos establecer un criterio de función vestibular por separado efectuando pruebas calóricas o un criterio de función vestibular en su conjunto, comprobándose el fenómeno de compensación mediante la realización de pruebas pendulares.

Para comprobar la existencia de signos objetivos de patología vestibular, deberá solicitarse al especialista un informe que indique:

Si existe nistagmo espontáneo con y/o sin gafas de Frenzel.

Si en el E.N.G. aparece nistagmo de primer grado con ojos abiertos.

Si en el E.N.G. aparece nistagmo de tercer grado con ojos cerrados.

Si existe preponderancia direccional y la cuantía de ésta en porcentaje (más de un 11% es considerado patológico).

Si en la pruebas calóricas hay una reflectividad mayor o igual al 30% (para que esta circunstancia sea considerada discapacitante debe ir acompañada de otros síntomas clínicos, ya que muchas veces existe compensación perfecta).

Acreditación clínica de crisis vertiginosa con signos objetivos.

## **PATOLOGIA TUMORAL**

La esperanza de vida en los pacientes afectos de tumores cérvico-faciales viene dada por la extensión tumoral local, regional y general, es decir, por el estudio en que se encuentren en el momento del diagnóstico, por la localización tumoral y por el tratamiento realizado.

La calidad de vida viene dada, en general, por las secuelas funcionales derivadas del tratamiento de la patología tumoral del área ORL.

Estas secuelas se pueden agrupar en:

### **1. Fonatorias**

Van desde la supresión de la voz sin posibilidad de recuperación, cuando realizamos una pelviglosofaringolaringuectomía total, hasta las disfonías residuales de la cirugía funcional laríngea (cordectomía, hemifaringolaringuectomía, laringuectomía supracricoidea, etc).

Asimismo hay que tener en cuenta las disartrias y disglosias cuando están afectadas por la tumoración, la mandíbula y/o la lengua.

## **2. Deglutorias**

Son ocasionadas por las alteraciones anatómicas derivadas de las intervenciones quirúrgicas o por las alteraciones funcionales consecuencia de la asialia producida por la radioterapia.

Estas alteraciones hacen que el tipo de alimentación deba acomodarse a ellas, teniendo que ser eliminados de la dieta algunos alimentos o variar su presentación, precisándose, en casos extremos, alimentación mediante sonda nasogástrica o por gastrostomía.

## **3. Otras**

Como consecuencia de vaciamiento cervical, pueden producirse dificultades motoras de la articulación escapo-humeral, por afectación del plexo braquial y sobre todo del nervio espinal.

La cirugía reconstructiva con colgajos miocutáneos puede originar defectos funcionales cuando se utiliza el pectoral mayor, el dorsal ancho o el trapecio.

En los pacientes con laringuectomía total falta el esfínter glótico y por tanto el principal punto de fijación de los músculos que intervienen en la prensa abdominal, por lo que no pueden realizar esfuerzos físicos, como levantar grandes pesos o apretar tuercas con gran presión, incluso a veces pueden tener dificultades para la defecación.

Debido a la existencia de un estoma permanente, las infecciones pulmonares pueden ser más frecuentes y se deben tener precauciones especiales al bañarse.

La ausencia de corriente de aire en las fosas nasales hace que el sentido del olfato esté notablemente disminuido.

## **OLFATO Y GUSTO**

Estas normas asignan 5% de menoscabo global de la persona por la pérdida completa de los sentidos de olfato o anosmia y del gusto o ageusia.