



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DEL NIÑO SORDO
O CON HIPOACUSIA**

ARTICULO PUBLICADO EN:

**REVISTA MEXICANA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA
OCTUBRE - DICIEMBRE 2006, VOLUMEN 1,
NÚMERO 8, PÁGINAS DE LA 26 - 32.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

P R E S E N T A :

DIANA BEATRIZ CANTO CERVERA

TUTORES:

DR. GERARDO ELÍAS MADRIGAL

DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES

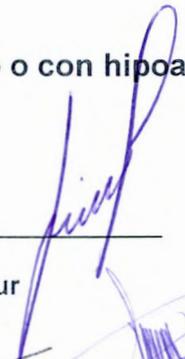
MÉXICO, D.F.



2007



Manejo estomatológico del niño sordo o con hipoacusia



Dr. José N. Reynés Manzur
Director de Enseñanza



Dra. Mirella Vázquez Rivera
Jefe del Departamento de Pre y Postgrado



Dr. Eduardo De La Teja Angeles
Jefe del Servicio de Estomatología y autor del artículo



Dr. Gerardo Elías Madrigal
Autor del artículo

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero agradecerle a Dios por permitirme continuar una etapa más mi vida y poder realizar este gran sueño.

A mis padres y hermanos les doy las gracias por su apoyo incondicional, por la confianza que siempre tuvieron en mí y por todos los consejos que me dieron para poder seguir adelante.

A la familia Maldonado Ruiz que me acogió con mucho cariño. Les agradezco por todos esos momentos maravillosos que pasamos juntos y por estar conmigo en los momentos difíciles que se me presentaron durante esta etapa de mi vida.

Manejo estomatológico del niño sordo o con hipoacusia

Autores: C.D. Gerardo Elías Madrigal

Odontopediatra adscrito al Servicio de Estomatología

Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría (INP)

C.D. Beatriz Elena Martínez Sandoval

Residente del segundo año de estomatología pediátrica del INP

C.D. Eduardo De La teja Ángeles

Jefe del servicio de Estomatología Pediátrica del INP

C.D. Diana Beatriz Canto Cervera

Residente de primer año de estomatología pediátrica del INP

Resumen

La palabra es el medio por el cual se comunican las personas y es lo que distingue a los seres humano. Cuando existe una barrera en el lenguaje como sucede con los niños sordos hay una gama de alternativas para comunicarse con ellos, por ejemplo, el lenguaje no verbal, además de las técnicas básicas de manejo de conducta modificadas de acuerdo a las necesidades del niño. Tal es el caso de la técnica de decir-mostrar-hacer, que con esta clase de infantes cambia a decir-mostrar-tocar o decir-mostrar-gustar y que se refieren a que estos pequeños quieren tocar todo. También es importante darles a oler algunos materiales (como el dique de hule) y hacerlos probar medicamentos como el flúor en gel o la pasta profiláctica. Respecto a las técnicas avanzadas del manejo de conducta, éstas son las mismas que para un niño sano. Se debe tener en cuenta que la conducta de los niños sordos es muy compleja, ya que son retraídos, solitarios, inseguros y miedosos, incluso algunos pueden ser agresivos. No obstante las manifestaciones bucales que se han reportado en ellos son muy similares a las de los infantes sanos. En este artículo se presenta la filosofía de atención al paciente sordo.

Palabras claves

Niño sordo, hipoacusia, tratamiento dental, manejo de conducta

El lenguaje representa uno de los procesos más elaborados de las funciones de abstracción y simbolización en el ser humano, promueve la conducta del hombre y le permite la planeación se sus actividades.¹⁻⁵ De igual forma, es el medio por el cual la persona transmite y atesora sus pensamientos y experiencias.

Cuando un individuo carece de esta facultad es incapaz de externar sus necesidades y sentimientos y se aísla del resto de los hombres, vive en condiciones intelectuales que, en ocasiones, pueden ser un tanto primitivas y parece no pertenecer al grupo humano que los rodea.

Existen muchos pacientes que por sus características requieren de ciertas adecuaciones durante el tratamiento dental, pero para la atención del niño sordo o hipoacúsico, que tiene necesidades especiales, es indispensable un estomatólogo pediatra con disposición, conocimientos y calidez. Son niños con necesidades especiales de salud aquellos que tienen una condición limitante física, de desarrollo, mental, sensorial, de conducta, cognitiva o emocional, que requieren de un manejo de salud médico y estomatológico específico.

La hipoacusia, también conocida como pérdida auditiva o sordera, es la disminución de la agudeza auditiva o de la capacidad del oído para captar el sonido, para su estudio, las causas de la hipoacusia se agrupan en dos: congénitas y adquiridas, las cuales se muestran en el Cuadro 1.

La deficiencia auditiva convierte a un ser humano en discapacitado; si esta persona no puede establecer ningún tipo de comunicación con el resto de la gente. Porque ella o los otros desconocen el lenguaje de señas, se convierte además en minusválida. Por lo anterior, es conveniente conocer las definiciones de los siguientes términos propuestos por la Organización Mundial De La Salud (OMS).

Deficiencia. Pérdida o anomalía, permanente o transitoria, psicológica, fisiológica o anatómica, de estructura o función.

Discapacidad. Cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionada por una deficiencia en la forma o dentro de un ámbito considerado normal por el ser humano.

Minusvalidez. Incapacidad que constituye una desventaja para una persona dada, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que sería normal para ella, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

Existen diferentes tipos de discapacidad, cada uno de ellos con necesidades diferentes. La Secretaría de Salud las clasifica en cuatro rubros (cuadro2).

De acuerdo con el censo del 2000 realizado por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), en el país existen 300 000 sordos. Por otro lado, según la OMS en el 2005 había 278 millones de sordos en el mundo. Un niño sordo no se desarrolla de la misma manera que un niño normal debido a la incapacidad para comunicarse con otras personas, por los que son más susceptibles a ser inadaptados y presentar problemas de desarrollo.⁶

En cuanto a los infantes con sordera congénita, algunos autores han observado trastornos importantes de tipo emocional, neurótico y aislamiento profundo. Sin embargo, estas manifestaciones no son las más comunes; lo usual es un retraso en el desarrollo intelectual respecto a niños normales de la misma edad, aunque finalmente adquieren una inteligencia prácticamente normal si los estímulos han sido los adecuados. Con menos frecuencia se puede presentar en estos pequeños una conducta agresiva.

Las consecuencias de la pérdida auditiva en recién nacidos son retardo en el desarrollo del lenguaje y bajo rendimiento escolar. Estos trastornos lingüísticos afectan a niños con pérdidas auditivas bilaterales de grado medio, así como niños con pérdida auditivas severas y profundas. La sordera, por lo general, no es bien manejada debido a que esta discapacidad no es tan evidente como la ceguera o espasticidad. La sordera es una alteración seria, ya que el infante no sólo tiene problemas de audición, sino también del habla.

Una forma de clasificar los trastornos auditivos es con base en el grado de pérdida auditiva reflejada en el audiograma, tal como propone la OMS (Cuadro 3).

El tratamiento depende del tipo de la patología que presente el niño y la edad en que ésta sea detectada. Si la hipoacusia es leve, se dice que la incapacidad es ligera y poco interfiere con el desarrollo, por lo que se considera que requiere poca ayuda. Cuando la hipoacusia es moderada, resulta necesaria la amplificación combinada con lectura de labios. En caso de hipoacusia severa, los entrenamientos auditivos y la dicción deben iniciarse temprano; la amplificación puede ser útil si se complementa con la lectura labial. En la hipoacusia profunda es indispensable un entrenamiento temprano e intensivo en la lectura labial y otras técnicas como la comunicación digital, lo cual es muy discutible, ya que actualmente se sigue la corriente de oralizar a todos los sordos.

Se calcula que en Estados Unidos existen 13 millones 500 mil personas sordas o hipoacúsicas. La prevalencia de sordera en niños y recién nacidos en EU se estima en 1.5 a 6 por 1000 niños nacidos vivos. Respectivamente. Por su parte, en el Reino Unido aproximadamente 2 de cada 1000 niños son sordos o hipoacúsicos, los cuales acuden a escuelas regulares o colegios para niños con problemas de audición. En México el INEGI incluyó en el censo del 2000 una revisión de las diferentes discapacidades por edad y por entidad federativa y uno de los datos obtenidos fue que más de 20% de la población tenía discapacidades auditivas y de lenguaje.

Algunos niños pierden la audición durante sus primeros años, de manera que la hipoacusia es una entidad silente y si no se detecta o se trata oportunamente, tendrá severas consecuencias sobre el lenguaje y el habla, dará graves problemas emocionales y sociales y representará un impacto severo para la educación. No es necesario que un infante sufra estas consecuencias, ya que la detección temprana y un tratamiento oportuno disminuyen el efecto negativo de la hipoacusia en su

desarrollo lingüístico, familiar y social. El beneficio de la detección y la intervención adecuadas será tanto para el niño como para toda su familia y su entorno.

En España, en 1996, La Comisión para la Detección Precoz de la Sordera (CODPEH) elaboró un protocolo para realizar programas de detección temprana con base en el comportamiento conductual del bebé y el niño. Algunas actitudes incluidas en dicho protocolo son: que el infante no pronuncie las palabras mamá y papá, si no señala objetos y personas cuando se les nombra, si no presta atención a los cuentos, si no conoce su nombre o no identifica las partes de su cuerpo. Los padres suelen ser los primeros en percatarse de que el niño tiene un problema al no responder ante los estímulos auditivos desde pequeño.

La limitación auditiva puede repercutir incluso en otros problemas de salud, como es el caso de los 144 niños de 5 a 154 años de edad que fueron estudiados en salas de urgencia por haber sufrido accidentes viales (comparados con un grupo de 432 controles con audición normal, en Atenas, Grecia). Es importante saber cómo es la conducta del niño sordo, ya que de acuerdo a ésta deberán hacerse ciertas adecuaciones durante la consulta; un ejemplo de ello es que el niño sordo, por no haber escuchado nunca la voz de los padres, tendrá a seguirlos con la mirada, sobre todo si está en un entorno desconocido, como el consultorio dental, por lo que es determinante que los padres estén cerca del pequeño. También es de utilidad, pues los mejores intérpretes son los padres, quienes nos informarán desde la primera cita la manera en que se comunica el niño, si conoce algún lenguaje de señas, si lee los labios, si sabe leer y escribir. En caso de utilizar algún auxiliar auditivo, son los padres quienes pueden enseñarnos el uso del mismo, cómo se coloca y se retira, cómo se baja el volumen y cómo se apaga, por si durante el tratamiento dental fuera necesario manipularlo.

En la atención dental de esta clase de pacientes existen algunas limitaciones, como: los bajos recursos económicos de la familia, la falta de personal médico con la capacitación necesaria, el miedo y la ansiedad de los niños ante la consulta y la

falta de atención de los padres. No se debe de permitir que debido a estos factores los niños no sean atendidos. Por ello existen instituciones como el INP, donde se capacitan estomatólogos para tratar a estos pequeños.

Respecto a la comunicación, ésta ha sido definida en el 2006 como una técnica universal que se usa para niños cooperadores y no cooperadores y que permite establecer una buena relación, ayudando a eliminar el miedo y la ansiedad.²

El paciente sordo presenta alteraciones en la cavidad bucal, como hipoplasias y desmineralización dental, ambas relacionadas con la causa de deficiencia sensitiva, por ejemplo, la rubéola, diabetes, peso extremadamente bajo al nacer o neonato prematuro. Existe una mayor incidencia de bruxismo, sobre todo cuando se une a otra discapacidad (sordo-ciego); en muchos casos este hábito parafuncional aparece durante los momentos de vigilia en los periodos de inactividad para suplir el vacío secundario a las incapacidades.⁷

Cuando se trata de estos niños es fundamental establecer medidas de prevención de enfermedades bucales. Así mismo es importante tomar en cuenta que en tales casos el nivel de higiene oral es muy bajo y hay mayor propensión a presentar caries y enfermedad periodontal debido a la mala higiene.

Una higiene oral adecuada es prioritaria si se quiere evitar o aliviar las enfermedades bucales. Existe una serie de razones que hace difícil tener una higiene oral sin ayuda de otra persona, como el estado de salud general mermado, pobre control de las mejillas, labios o lengua, disfunción de los brazos y manos. Los padres o cuidadores de los niños pueden intentar que éste adquiera la responsabilidad de su propia higiene oral. Sin embargo, generalmente los resultados no son buenos; aunque el pequeño pueda aprender a cepillarse, los padres o cuidadores deben supervisar y completar la tarea. Para enseñar tanto al niño como a los padres la técnica de cepillado son de mucha utilidad los tipodontos, los muñecos y los títeres didácticos, ya que por su forma y colorido

llaman la atención del infante. También es indispensable considerar el hecho de que la medicación o la propia enfermedad pueden ocasionar una reducción en los niveles de secreción salival, lo que aumenta aún más las posibilidades de caries y acumulación de placa; esto empeora las condiciones de limpieza bucal y de alimentación.⁴

El estomatólogo debe tener en cuenta tales circunstancias y que el tratamiento de estos niños es más difícil que en los normales, lo que justifica sobradamente extremar las medidas de prevención (controles de placa dentobacteriana, aplicaciones tópicas de flúor, colocación de selladores de foseas y fisuras). Por lo tanto, el cirujano dentista tendrá que asumir la responsabilidad de elaborar un programa de prevención en el que estén involucrados él mismo, el paciente, el personal auxiliar, los padres y, si fuera posible, los maestros, entre los cuales debe existir una estrecha relación. En el caso de que el niño viva en una institución, es imprescindible enseñar al personal de ésta las técnicas de higiene bucal y llevar un control periódico del paciente.⁴ Si se toma en cuenta que estos niños se consideran de alto riesgo de caries por tener una enfermedad de base, las citas de control deberán ser cada tres o cuatro meses (en lugar de cada seis meses) para determinar así la idoneidad de los resultados que se están consiguiendo con cada infante.

La indicación de suplementos de flúor es muy importante en estos pacientes y se administran siguiendo las mismas pautas generales que en los niños sanos. El odontólogo también debe prestar especial atención a la dieta. En general, se aconsejan las mismas normas que las ofrecidas en niños normales. En cualquier caso, la recomendación debe ser individualizada tras consultar con el médico del niño. Por último dentro del programa de prevención se incluyen los selladores de foseas y fisuras, totalmente indicados en estos pacientes. Al tratar a un pequeño con alteraciones en la audición se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

6,7-13

1. Es importante prepara a los padres y al paciente antes de la primera visita mediante una carta de bienvenida en la que se informa ampliamente sobre los tratamientos. Se debe incluir también una historia clínica que pueda ser llenada por los padres.
2. La presencia de una deficiencia auditiva será referida en la historia clínica. Se solicitará un historial médico completo del paciente que indique los trastornos asociados a la sordera, así como la edad de inicio, el tipo, el grado y la causa de la sordera. También debe mencionar si otros miembros de la familia presentan este problema y conocer el estado físico y psicológico del paciente.
3. Se aconseja que en la primera visita a la clínica se les muestren libros, folletos y videos que les ofrezcan imágenes para ilustrar tanto lo que es la consulta dental como para explicar los tratamientos dentales.
4. El modelado es también muy útil. Esto se refiere a que el niño sordo tiende a imitar las conductas que observan de modo que si ve a otro pequeño que está en consulta y éste se porta bien, se le explicará al niño sordo que se espera la misma conducta de él.
5. Durante la primera visita es indispensable permitir a los padres y al paciente que determinen la forma de comunicación que prefieren (por ejemplo: intérprete, lectura de labios, lenguaje manual, ya sea por medio del alfabeto o mediante ideogramas, notas por escrito o alguna combinación de éstos).
6. Resulta esencial buscar maneras de mejorar la comunicación y aprender algún lenguaje manual básico acercarse a foniatras o audiólogos, ya que ellos nos pueden dar tips útiles para comunicarnos con el niño sordo.
7. Se recomienda mirar de frente al paciente y hablarle normalmente y de forma directa sin gritarle.
8. En el manejo clínico debe prevalecer sobre todo la paciencia. En la mayoría de los casos el paciente acude a la consulta con un intérprete, papel que casi siempre es desempeñado por los padres

9. Se debe explicar al paciente en que consiste el equipo dental, qué vamos hacer con él y qué es lo que va a sentir; es importante tomar en cuenta que un sordo tiene la vista y el tacto muy desarrollados, así que el niño debe ver, tocar y oler el instrumental principal y hasta probar los sabores de algunos materiales, como el dique de hule.
10. Se le puede decir al niño que realice gestos o señas con las manos cuando tenga algún problema durante el tratamiento, como acumulación del agua en su boca, molestias, dolor.
11. Hay que evitar las expresiones faciales exageradas.
12. El estomatólogo no debe usar cubrebocas, ya que dificulta la lectura de los labios.
13. En caso de que el niño sea débil auditivo, se le debe hablar más lentamente.
14. La atención al sordo en la clínica dental es una labor de equipo; serán partícipes: el paciente, el odontólogo, el auxiliar, los padres y los educadores.
15. El auxiliar dental no llamará al niño por su nombre, a no ser que se acerque a él; lo conducirá al sillón dental, mientras que el odontólogo, el auxiliar y el intérprete se sitúan de tal forma que el paciente pueda verlo con facilidad. Es necesario que si el paciente se comunica por medio del lenguaje de señas haya una seña para llamarlo por su nombre
16. El odontólogo y el auxiliar comunicarán sus ideas mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de la palabra, evitando así que el paciente se sienta aislado.
17. La atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si recuerda que ese infante debe aprender a través de los demás sentidos, el preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, pues no ha sido adiestrado aún para la comunicación. Después de que el niño ingresa a la escuela y aprende a comunicarse con las personas, la odontología puede ser explicada sobre una base de ver, tocar y gustar. Si

- se le permite tomar y sentir los instrumentos odontológicos, el pequeño se mostrará más dispuesto a recibir los procedimientos habituales.
18. Hay que facilitar el contacto visual con estos niños, ya que se pueden sobresaltar si se les toca sin contacto visual previo. Es indispensable observar la expresión facial del paciente durante el tratamiento dental.
 19. El refuerzo mediante el contacto corporal mejora la relación dentista-paciente. Una vez que se haya establecido rapport, el niño adquiere mayor confianza y seguridad y en sus siguientes visitas será más independiente, de modo que en algunas ocasiones no será necesaria la presencia del padre. Una caricia o un apretón de manos constituye un refuerzo positivo para el paciente, representa agrado hacia él y lo alienta a seguir adelante con el tratamiento.
 20. El odontólogo deberá explicar lo que sucede, ya que el paciente sordo teme mucho a lo desconocido. Asimismo, le mostrará al niño los instrumentos y el equipo, le informará sobre las vibraciones (que debido al equipo va a sentir), advirtiéndole que son normales. También debe introducir con mucho cuidado las piezas de alta y baja velocidad.
 21. Se recomienda mostrar confianza, sonreír y hacer gestos tranquilizadores para ganar la confianza del paciente y disminuir su ansiedad, así como dedicar más tiempo a cada visita.
 22. Resulta esencial ajustar el audífono (si el paciente lleva uno) antes de poner en marcha la pieza de mano, ya que este dispositivo amplificará todos los sonidos. En muchas ocasiones el niño preferirá que esté desconectado; también al tomar radiografías se debe apagar el auxiliar auditivo, ya que con la radiación se intensifican los sonidos.
 23. La utilización del dique de goma en los procedimientos dentales puede generar un comportamiento negativo en el niño si le impide la visión, ya que ésta es su principal forma de comunicación. De no tener visibilidad. El aislamiento y la ansiedad aumentarían, de modo que por ningún motivo se le deben cubrir los ojos.

24. El lenguaje corporal y la expresión facial juegan un papel muy importante en la comunicación con el paciente sordo. Es de particular relevancia que durante su estancia en la consulta dental el niño sienta que los miembros del equipo de salud trabajan con calma, que están relajados y lo tratan con tacto y de forma amistosa.

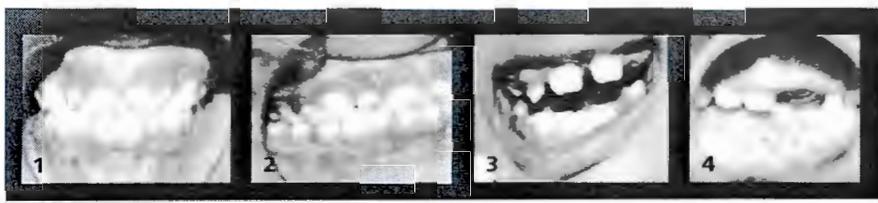
Conclusiones

Se considera que el niño sordo tiene capacidades diferentes y necesidades especiales de atención tanto médica como estomatológica, por lo que para su tratamiento dental se requiere de un odontólogo comprometido, que tenga la disposición de dedicarle más tiempo. Por otro lado, debe perderse el temor de enfrentarse a un niño de conducta complicada y cuya comunicación no es fácil. Por ello, es de gran utilidad aprender el lenguaje básico de signos y algunos ideogramas para poder saludar al niño, recibirlo en el consultorio, presentarse con él y poderle explicar en qué consiste el tratamiento que se va a realizar. Adentrarse en el mundo de los sordos ayuda a sensibilizarse y a darse cuenta de que estos pacientes van a conocer el consultorio a través de sus demás sentidos. Para atenderlos se necesita cariño, paciencia y los conocimientos de manejo de conducta que son universales para todos los infantes, sólo que adecuados a las necesidades del niño sordo. Para la atención de un niño especial, se requiere de un estomatólogo especial.

Cuadro 1. Clasificación de las hipoacusias³			
Congénitas		Adquiridas	
Genéticas	Tempranas: Síndromes de Klippel-Feil, Waardenburg, Apert, Treacher-Collins Tardías: Neurofibromatosis, Síndrome de Alport, Osteogénesis imperfecta.		Neonato Prematuro y bajo peso
Del desarrollo	Microtia, atresia unilateral o bilateral o ambas; labio hendido, paladar hendido o ambos, Alteraciones craneofaciales	Hipoxia	Depresión respiratoria, Hemólisis.
Infecciosas	Torch, Sífilis	Infecciosas	Estancia en la Unidad de cuidados intensivos
Enfermedad materna	Toxemia, infecciones de las Vías urinarias	Infecciosas	Sepsis neonatal Encefalitis neonatal
Hipoxia	Anemia hemorragias, Placenta pequeña	Traumáticas	Traumáticas tempranas: Tiempo de trabajo de parto, Uso de fórceps, Traumáticas tardías: Traumatismo craneoencefálico
Tóxicas	Alcoholismo, Tabaquismo, Otras drogas, Irradiaciones, Otolóxicos.	Tóxicas	Hiperbilirrubinemia, Otolóxicos.

Cuadro 2. Proporciones de las distintas discapacidades según la Secretaría de Salud.³	
Discapacidad por secuela músculo esquelética	53%
Discapacidad de la comunicación humana	18%
Ciegos y débiles visuales	9%
Deficientes mentales	20%

Clase	Decibeles
Normal	<10 -26
Hipoacusia leve	27-40
Hipoacusia moderada	41-55
Hipoacusia severa	56-71
Hipoacusia muy severa	70-90
Hipoacusia profunda o sordera	=91



A continuación se presentan algunas imágenes de la patología oral que se manifiesta con mayor frecuencia en los niños sordos. Las fotografías 1 y 2 muestran hipoplasias. Las fotografías 3 y 4 ilustran procesos cariosos extensos en dientes temporales tanto anteriores como posteriores.

Referencias Bibliográficas

1. Serafín FM. Lenguaje manual del español signado para personas sordas. Trillas, 3era. Edición. México 2006
2. American Academy of Pediatric Dentistry 2006.
3. Mora MI, Ponton OJ, Cano A. Sordera. Acta Pediatr Mex 1998, 19;46:161-5.
4. Boj JR. Catalá M. Odontopediatría. Masson Barcelona 2004, p.467-75.
5. Martínez CC, Fernández CL. Evaluación del lenguaje en escolares con hipoacusia sensorio-neural e historia de cuidados intensivos neonatales. Bol Med Hosp Infan Mex 2003;60:397-407.
6. Brownstein MP. Dental care of the deaf child. Dent Clin Nor Am 1997. 18;3:643-9.
7. Ríos GY, Silot WE. Paciente discapacitado. Normas para su atención en odontología. Odontología on line.
8. Martínez CG, Valdez GM. Detección oportuna de la hipoacusia en el niño. Acta Pediatr Mex 2003.24;3:176-80.
9. Méndez RM, Gutiérrez FI. Manifestaciones conductuales por las cuales se sospecha de hipoacusia en niños. Anales Médicos del Hospital ABC 2003.48;4:199-203.
10. Alemán U, Gómez VL. Frecuencia de rubéola congénita en un hospital pediátrico. Salud en Tabasco 1995.2-3 abril-junio.
11. Rodríguez MA, Vera L. Hipoacusia neurosensorial de altas frecuencias en paciente diabéticos. Ver Sanid Milit Mex 2005. 59;4:213-7.
12. Martínez CC, Fernández CL. Evaluación audiológica del niño con peso extremadamente bajo al nacer. Bol Med Hosp. Infa Mex 2001.58:843-53.
13. Mc Donald RE. Odontología pediátrica y del adolescente. Hartcourt Brace. 6ta Edición. México 1995. Pp588-590.