

como CD1, CD10, CD 34 y por supuesto, no expresan marcadores B, figura (2,3). En ocasiones cuando el infiltrado celular es muy bien diferenciado es necesaria la confirmación citogenética que demuestra la proliferación monoclonal de linfocitos T. Cabe destacar que el material procesado como biopsia intraoperatoria inicialmente sufre gran deterioro para la interpretación posterior de los marcadores y en muchos casos cuando la muestra es pequeña ya no es satisfactorio (13,14).

El diagnóstico acucioso de los linfomas se ha hecho muy importante, para poder planificar el tratamiento y dar un pronóstico adecuado. Los marcadores inmunohistoquímicos utilizables en material fijado en formalina e incluido en parafina han aumentado en número y han disminuido en costo. Deben ser utilizados en un panel amplio que permita obtener al menos dos de ellos positivos que sustenten el diagnóstico y un grupo que sea negativo, orientando a descartar los diagnósticos diferenciales como carcinomas indiferenciados, carcinoma de células pequeñas, tumores neuroendocrinos, tumor de Merkel, estacioneuroblastoma, sarcomas, Ewin extrasquelético, etc.

Referente al estadiamiento del LNH hay varias clasificaciones y hay que tener en cuenta algunos factores como:

- Riesgo de infección por HIV.
- Terapia inmunosupresora.
- Resultado de la TAC de tórax, abdomen, pelvis, cuello y cerebro.
- Infiltración de médula ósea.
- Toma hepática, esplénica y del tubo digestivo, etc.

Hoy día contamos con varios protocolos de tratamiento tanto para el LH como para el LNH, éstos pueden ser desde terapia conservadora con un quimioterápico más corticoide, poliquimioterapia más corticoide, radioterapia (Rt) combinada con poliquimioterapia, trasplante de médula ósea, el cual se ha visto que prolonga las remisiones de un 20%-40%. También algunos autores hablan del uso del interferón alfa inmunomodulador (6,7,10).

El tipo de modalidad terapéutica escogida y la respuesta esperada dependen, entre otros aspectos, del tipo histológico de tumor, si la enfermedad es o no multifocal, si hay toma extranodal, si el tamaño es mayor de 10 cm peor pronóstico, si está infiltrada la médula ósea peor respuesta. De lo anterior se deduce que cada subtipo tiene su propuesta terapéutica. El LNH de células B se trata casi con la misma combinación de quimioterápicos que el LNH de células T pero en este último es mucho más agresiva la dosis utilizada.

El sistema de determinación del estadio de la enfermedad más conocido es el de Ann Arbor desarrollado para la enfermedad de Hodgkin, el que también se aplica para los LNH. Este sistema tiene en cuenta el número de localizaciones ganglionares y extraganglionares, la situación de las mismas y la presencia o ausencia de síntomas sistémicos. Se enumeran del I al IV. Pueden ir con la letra (B), si hay fiebre mayor de 38 °C y baja de peso mayor del 10%, o de lo contrario con (A) en ausencia de estos síntomas (13).

CONCLUSIONES

1. El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente del complejo nasosinusal, seguido del carcinoma indiferenciado y del linfoma (7,8).
2. El LNH con predominio de células B representa el 85 % y con mayor número de células T el 10-20 % (12).
3. Frente a un adulto con obstrucción nasal unilateral de carácter permanente y progresivo con TC que muestre compromiso nasosinusal homolateral pensar como primera posibilidad diagnóstica que se trata de un proceso expansivo tumoral.
4. Las técnicas inmunohistoquímicas, citometría de flujo y análisis molecular han abierto nuevos horizontes en el diagnóstico y pronóstico de estos enfermos (12,13).
5. La actinomicosis de localización cráneo-facial representa el 60% de los casos diagnosticados, seguida de la ubicación abdominal 25%, y la torácica 15%. En su forma cráneo-facial suele recogerse el antecedente de la extracción de una pieza dentaria o la mala higiene bucal (14).

Deficiencia

Toda pérdida o anomalía anatómica o fisiológica de un órgano o sistema que determina una deficiencia física, sensorial o intelectual. Ej: disminución de la audición, déficit mental, miembro amputado, miopía, etc.

Discapacidad

Es la restricción o ausencia de capacidad de realizar una actividad, secundaria a una deficiencia, la cual puede ser permanente o transitoria. Se refiere a la limitación funcional de la persona, que se manifiesta como una realidad en la vida diaria, con lo cual el problema se hace objetivo, al interferir en las actividades que se consideran normales para un ser humano, por ejemplo: dificultad para ver, oír, caminar, pensar, respirar, etc.

Minusvalía

Se refiere a las desventajas que experimenta la persona como consecuencia de su deficiencia y de su discapacidad, y que se reflejan en la adaptación del individuo a su entorno; implica limitación en los roles "sociales" que le deberían corresponder de acuerdo a su edad, sexo y factores culturales. Ejemplos son: la incomunicación, la inmovilidad física, el no poder realizar actividad laboral y económica independiente.

En consideración a estos tres conceptos se plantea el adoptar medidas ante cada uno de ellos:

A) Prevención:

Es la adopción de diferentes conductas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales o sensoriales (prevención primaria), o a impedir que las deficiencias cuando se han producido, tengan consecuencias negativas en lo físico, mental o sensorial (prevención secundaria), es decir evitar que se produzca la discapacidad.

B) Rehabilitación

Son medidas que están destinadas a permitir o a facilitar que una persona con discapacidad alcance el nivel funcional óptimo en lo físico, mental y/o social, proporcionándole así los medios necesarios para modificar su propia vida.

Las medidas de acción se centran en el discapacitado y en el minusválido, pretendiendo eliminar o solucionar aquellos obstáculos que dificultan lograr una igualdad de oportunidades y una

participación plena, evitando la discriminación: a este concepto se le llama prevención terciaria.

Para concretar esto último se necesita de un respaldo legal, de una política general y especial y de una aceptación de la discapacidad por parte de la comunidad.

Discapacidad Auditiva

Para explicitar la magnitud de esta discapacidad en particular, según cifras internacionales se estima que 1/1000 nacidos presenta sordera, y que 1/1000 se ensordece en el transcurso de la vida.

En 1993 en EE.UU. y según el National Institute of Health existirían 28 millones de norteamericanos con trastorno auditivo y aproximadamente 236.000 sordos ⁽²⁾.

En 1993 en EE.UU. y según Marazita y cols la prevalencia es de 4-11 en 10.000, en población escolar ⁽¹²⁾.

En 1994 según Liu X. y cols la prevalencia de sordera profunda es de 8 en 10.000 en la población general (de Sichuan, China) ⁽¹³⁾.

Extrapolando de cifras internacionales y con las consideraciones respectivas: en Chile deberían existir alrededor de 360.000 personas con alteraciones auditivas uni o bilaterales y 15.000 sordos de todas las edades y de ambos sexos.

Según el censo de 1992 en Chile habrían 301.661 discapacitados y 72.915 personas "sordas y mudas", dato que es difícil de interpretar, pues ambos términos no están definidos y por tanto pueden llevar a error y más aún si la pregunta en particular fue efectuada por personas no especializadas.

Según la encuesta CASEN (Caracterización Socio Económica Nacional), publicada en 1996 por el Ministerio de Planificación Nacional existirían en Chile 616.434 discapacitados (4,6% de la población), de ellos 168.072 personas tendrían discapacidad para oír (27,3% de la población con discapacidad), prácticamente un tercio de todas las discapacidades. Además existirían 34.540 personas con discapacidad para hablar (5,6% de la población con discapacidad), término en sí muy criticable.

Si comparamos los datos extrapolados de cifras internacionales con los del censo y la encuesta

PERSPECTIVAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE LAS DISCAPACIDADES EN CHILE***

THE ENT OUTLOOK ON THE DISABILITIES IN CHILE

Rodrigo Iñiguez S. ** Rodrigo Iñiguez C.*

RESUMEN

Los autores exponen una visión de lo que es la discapacidad en general, aportan cifras y realizan consideraciones acerca de distintos autores, comentando la magnitud del problema en Chile, además de analizar el significado de las leyes vigentes sobre la discapacidad, especialmente la ley de integración social de las personas con discapacidad (N° 19.284) en que se define: 1) quiénes están afectos a ésta, 2) qué entidad debe regularla (COMPIN), 3) establece un registro nacional de discapacitados, 4) creación de FONADIS, institución que entrega las bases prácticas que sustentan esta ley.

Palabras clave: Otorrinolaringológica, discapacidad.

SUMMARY

The authors present a perspective on the disability in general, they contribute figures, and carry out considerations related to several authors. They also discuss the extent of the problem in Chile, as well as analyse the significance of the current laws with regards to disability, especially the law on the social integration of disabled people (n° 19.284), which states: 1) whom are subject to it, 2) which entity it must be regulated by (COMPIN), 3) it establishes a national record of the disabled, 4) the creation of FONADIS, institution which provides the practical bases that support this law.

Key words: Otorrinolaringology, disabilities.

INTRODUCCIÓN

Un concepto fundamental para entender la magnitud del problema de la discapacidad es saber que en los países del tercer mundo, las discapacidades pueden afectar hasta un 50% de la población, lo cual origina un lastre enorme en su desarrollo.

En países como el nuestro, según la OMS, las discapacidades comprometerían a un 10% de la población, es decir, en Chile deberían existir aproximadamente 1.500.000 discapacitados de todo tipo (sensoriales, mentales y físicos). Por lo tanto, es necesario que el país preste atención a este problema, ya que ignorarlo significa no sólo impedir el desarrollo del individuo portador de la discapacidad sino que también frenar el desarrollo de la sociedad en su totalidad.

Cualquier inversión que se haga con fines de prevención y rehabilitación traerá un costo-beneficio que siempre será mejor que no hacer nada.

Para hablar de discapacidad previamente debemos desarrollar algunos términos que son esenciales para comprender el problema.

*** Presentado en el 56° congreso de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, 1999.

** Médico jefe del servicio de ORL. Hospital Dr. Sótero del Río, profesor asociado de ORL de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

* Interno de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Rehabilitación

El enfoque del problema es en primer lugar la prevención, conociendo todas las posibles causas que pueden provocar discapacidad, y tomando las medidas para evitarla. Cuando el déficit ya se ha producido, debemos intentar curarlo; si esto no es posible deberemos capacitar a la persona, para que supere su minusvalía, debiendo crear las condiciones sociales dentro de un ámbito solidario y promoviendo leyes que amparen este plan, de modo de originar igualdad de oportunidades entre las personas.

Dentro de este marco es que en nuestro país se han dado pasos que apuntan a la búsqueda de un sistema más solidario y de mayor justicia social; ya en 1920 la ley contemplaba el auxilio escolar, en 1952 nace el Servicio Nacional de Salud; en 1954, la Junta Nacional de Auxilio Escolar; en 1964 se crea la actual estructura, agregándose becas; en 1992 surge el programa MECE (Mejoría de la Calidad y Equidad para la Educación) gracias al apoyo del Banco Mundial, cuyo objetivo es detectar la discapacidad auditiva en todo niño que ingresa a la educación básica, a través de la capacitación de los profesores, y con el concurso de especialistas médicos, dar solución a las diferentes patologías que ocasionan la pérdida auditiva, y aún más, entregar el audífono que corresponda al grado de pérdida.

Este programa ha permitido detectar la cuantía del problema en el país y dar apoyo a la rehabilitación.

Por otro lado, en el ámbito legal y después de múltiples encuentros de discapacitados y profesionales, entre otros médicos orl, con el auspicio de MIDEPLAN, se ha dado forma a la ley 19.284 con fecha enero de 1994, que con el nombre de Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad regula la discapacidad auditiva, la que pasamos a revisar a continuación:

a) Establecer normas para la plena integración social de personas con discapacidad auditiva, a la que define como aquella alteración auditiva que disminuye en un tercio su capacidad educativa, laboral o de integración social y establece que el Estado es responsable de la prevención y rehabilitación de la discapacidad, incluyendo las ayudas técnicas.

b) El decreto supremo N° 2.505 aprueba el reglamento para la evaluación y calificación de la discapacidad, estableciendo las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) como responsables de la certificación de la discapacidad.

Además establece las medidas tendientes a efectuar la prevención y rehabilitación, incluyendo prevención primaria, diagnóstico y rehabilitación, la adquisición de prótesis auditivas y elementos técnico-diagnósticos.

También establece la equiparación de oportunidades ante:

1. La educación, siendo por ejemplo obligatorio, el apoyo y acceso en el ámbito público y privado, tanto en educación primaria, secundaria como superior.

2. La información y comunicaciones (por ejemplo establece normas televisivas).

3. Establece las normas de capacitación e inserción laboral.

4. Estipula la creación del Registro Nacional de Discapacitados que permite el acceso al derecho del cumplimiento de la ley.

5. Establece la creación de FONADIS (Fondo Nacional de la Discapacidad), que financia la compra de prótesis auditivas, proyectos preventivos, diagnósticos, de rehabilitación e integración social.

En el ámbito del derecho internacional existen las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades de las Naciones Unidas, de diciembre de 1993⁽⁶⁾.

Existen además una serie de leyes en nuestro país que favorecen indirecta o directamente a los discapacitados auditivos:

• Ley 16.744 o de invalidez que se establece en el decreto supremo N° 313/72, que incluye a estudiantes que hubieran perdido en accidente el 70% de su capacidad futura para trabajar. El D.S. N° 41/85 agrega a los alumnos de transición parvularia.

• Decreto ley N° 869/75: concede pensión asistencial a inválidos que carezcan de recursos.

• Decreto ley N° 150 art. 14: los causantes de invalidez dan derecho a una asignación aumentada al duplo.

CASEN encontramos rangos altamente variables que llevan implícitas muchas imperfecciones, pero que sitúan la discapacidad auditiva entre 168.000 y 360.000 personas en Chile (10).

En un estudio efectuado en el programa MECE (Mejoría en la Calidad y Equidad de la Educación) dependiente del Ministerio de Educación, se encontró que en Chile durante 1993 en niños que asistían a 1° básico, una tasa de 6,6 hipoacusas mayores de 40 db x 10.000 hbtes., otitis crónica = 12,5 x 10.000 hbtes. y mucositis = 71,3 x 10.000 hbtes (11).

Obstrucciones de la vía aérea

Pueden ser discapacidades severas, como por ejemplo las originadas por malformaciones craneofaciales (ej: Apert, Crouzon, etc.) que originan obstrucción nasal y faríngea, terminando en algunos casos con traqueostomía permanente, con el consiguiente retraso en el lenguaje y desarrollo físico.

Otra discapacidad similar es la originada por la estenosis laringotraqueal de causa congénita o adquirida, las que provocan un importante retraso en el desarrollo de estos individuos.

La patología tumoral maligna debiera ser considerada una discapacidad si provoca un trastorno permanente.

Prevención y Diagnóstico

En la prevención de la sordera se debe actuar sobre múltiples factores que la provocan, lo cual requerirá la acción de un equipo multiprofesional que nos dictará las maneras de actuar sobre el ámbito genético, metabólico, etc. que conduce a la sordera.

El Departamento de Puericultura de Estados Unidos (5) ha establecido 6 grupos de alto riesgo, y que son los más determinantes en producir sordera, factores en los cuales deberá estar centrada la prevención:

- 1) Niños cuya madre ha presentado rubéola en el primer trimestre del embarazo.
- 2) Niños con antecedentes de padres o hermanos con sordera.
- 3) Niños con malformaciones en otros órganos.

4) Hiperbilirrubinemia en neonatos sobre todo si ésta ha llegado a niveles sobre 20 mgs. % aunque si existen otros factores, como por ejemplo prematurez, se debe ser más severo en corregir esta patología.

5) Niños bajo 1.500 gr. de peso de nacimiento en que también son importantes las causas metabólicas, infecciosas y medicamentosas que provocan sordera.

Posteriormente otros autores han agregado otros factores, tales como malformaciones craneofaciales, antecedentes de convulsiones, estadía en UCI más de 48 hrs., antecedentes tóxicos maternos (5).

Entre las causas adquiridas nuestra acción debiera estar centrada en:

1) Prevención de la otitis crónica, que es la causa más importante de hipoacusia, esto conlleva el prevenir y tratar la OMA y OME como precursoras de OMCR.

2) Prevención de enfermedades infecciosas, especialmente meningitis.

3) Exposición a ruidos, lo que provoca trauma acústico.

4) Uso cauteloso de medicamentos ototóxicos.

En Chile se efectuaron trabajos hace dos décadas que situaban la otitis crónica entre 0,7 a 14% de la población escolar, dependiendo del medio social (12).

Dentro del diagnóstico médico debemos señalar en primer lugar al examen clínico otorrinolaringológico, que nos permitirá valorar los siguientes pasos:

• Las emisiones otoacústicas que se perfilan como un método simple de realizar en las unidades de neonatología, como método de screening.

• La impedanciometría para estudiar oído medio especialmente.

• Los potenciales evocados auditivos (B.E.R.A.), sumándose la audiometría en sus distintas variantes.