



Publicación trimestral editada por APAT Asociación de Personas Afectadas por Tinnitus  
 Calle Providència, 42. Hotel de Entidades de Gràcia. 08024 Barcelona  
 Tel. 699 067 743 y 619 690 030 \* jims@es.inter.net \* www.acufenos.org

## Sumario

1. Las unidades de tratamiento de los acúfenos en la medicina pública ¿cuándo? ... 1
2. Nuevas terapias para el tratamiento del acúfeno ... 2
3. Una terapia que utiliza luces de colores para tratar el acúfeno ... 2
4. Un nuevo tratamiento de los acúfenos: la Anatheóresis ... 3
5. ¿Es el ginkgo biloba un suplemente eficaz para los que tenemos acúfenos? ... 6
6. Una información sobre el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla ... 6
7. Primer Simposium de Pacientes con Acúfenos ... 7
8. Un estudio sobre la enfermedad de Menière... 18
9. Noticia de ASMES .... 18

### Las unidades de tratamiento de acúfenos en la medicina pública ¿cuándo?

Cuando una persona aprecia que sus acúfenos afectan a su calidad de vida, acude a su médico de atención primaria, que lo deriva al otorrino, o acude directamente al otorrino. Tanto en un caso como en el otro, la visita al otorrino suele demorarse un tiempo variable pero siempre demasiado largo para el paciente. Una vez le ha visto el otorrino, éste puede prescribir determinadas pruebas o apreciar que el paciente debe ser visitado por el psicólogo o/y por el audioprotesista, y nuevamente se produce una demora. Finalmente el paciente recibirá un diagnóstico, o constatará por sí mismo o porque le habrá informado el otorrino que deberá convivir con su acúfeno. Todo este proceso en nuestra medicina pública actual tiene una duración excesiva y, además, los resultados suelen ser decepcionantes para el paciente.

Nos preguntamos cuál es el motivo de que nuestros responsables de la sanidad pública no se hayan enterado aún de que existe un trastorno denominado acúfenos que afecta a un elevado número de ciudadanos, y dado que ignoran que existe no han hecho nada para solucionarlo.

En otros países de nuestro entorno se han organizado unidades de tratamiento de los acúfenos tanto en la sanidad pública como en la privada. ¿En qué consiste una unidad de tratamiento de los acúfenos? Se trata de coordinar un grupo multidisciplinar que se reúna periódicamente para analizar y diagnosticar a los pacientes. En el grupo participan otorrinos, psicólogos, audioprotesistas, otoneurólogos, etc. Uno de ellos recibe inicialmente al paciente y a la vista de lo que aprecia somete a sus colegas la información obtenida, y conjuntamente deciden las acciones a realizar.

No se trata de nuevas inversiones en medios ni en personas. Se trata de establecer una coordinación que permita que en un mismo lugar físico el paciente reciba atención del profesional idóneo para su caso.

En Francia, existen ya alrededor de 30 unidades como la descrita. Todas disponen de los profesionales indicados y suelen contar además con sofrólogos (la sofrología es una terapia muy practicada en Francia). Los profesionales pertenecientes a estas unidades se han organizado en una asociación que se reúne periódicamente para poner en común los avances que cada una de ellas ha apreciado en los tratamientos aplicados. Incluso han preparado conjuntamente un protocolo de actuación ante el paciente con acúfenos, del que carecemos en nuestro país, y no será porque no lo hayamos reclamado.

Señores responsables de la sanidad pública: ¿tendremos algún día Unidades de Tratamiento de Acúfenos?

## **Nuevas terapias para el tratamiento de los acúfenos**

Hemos perdido la cuenta de las nuevas terapias para tratar los acúfenos. De ellas hemos tenido información y la hemos publicado en nuestra revista. Desgraciadamente, un buen número no han tenido éxito y han quedado olvidadas. Por este motivo nos preguntamos si vale la pena describirlas para nuestros lectores, pregunta a la que siempre acabamos respondiendo afirmativamente, ya que nuestro propósito es informar y en ningún caso recomendar.

En esta ocasión trataremos de dos nuevas terapias: la aplicación de luces de colores a los pacientes con acúfenos, y la denominada Anatheóresis. De la primera hay que esperar los resultados y procurar estar informados, sobre todo si son moderadamente positivos. De la segunda hay posibilidad de obtener información más detallada en las referencias que figuran al pie de la misma.

Ambas terapias tienen las ventajas de no ser invasivas en absoluto y, según parece, su aplicación tiene un coste accesible.

## **Una nueva terapia que utiliza luces de colores para tratar el acúfeno**

El anuncio de esta nueva terapia puede parecer una broma, pero no lo es, ya que en la Universidad de Leicester se está realizando un ensayo clínico que utiliza luces de colores para tratar el acúfeno. El interés de realizarlo se basa en un hecho fortuito: en un ensayo para el tratamiento de la migraña con luces de colores algunos pacientes que tenían migraña y acúfenos a la vez, explicaron una reducción en la percepción de la intensidad de sus acúfenos.

Esta mejora la observaron en el 40 % de los pacientes con migraña que además tenían acúfenos, e inmediatamente han iniciado un ensayo con un mayor número de pacientes con acúfenos. El ensayo consiste en someter a los pacientes a rayos de luz de distintos colores según un protocolo que no se ha publicado y después medir la percepción del acúfeno de los participantes mediante alguno de los test disponibles.

Tanto los investigadores como los clínicos están de acuerdo en que el acúfeno subjetivo crónico, que es el más frecuente, se genera en el cerebro. Debido a pérdida de audición relacionada con la edad, con una lesión o con un hecho traumático, el cerebro deja de recibir señales auditivas del oído y compensa esta carencia con la creación de un sonido (el acufeno) que no tiene una causa exterior que lo produzca.

Se dispone actualmente de algunos tratamientos, en particular los basados o derivados de la TRT Tinnitus Retraining Therapy que requieren el uso de generadores de sonido blanco. Tienen un coste elevado y un éxito

variable, ya que depende del paciente, de la etiología de su acúfeno y de cómo se practique la terapia. Este nuevo enfoque se basa en la teoría de que los rayos de luces de colores pueden incidir en el área del cerebro que procesa los sonidos y compensar la carencia de estímulos sonoros que es la que genera los acúfenos.

En el Hospital Universitario de Leicester se ha iniciado un ensayo con 32 pacientes con acúfenos, en el que probarán una lámpara que emite luz de colores rojo, azul y verde - y cuya intensidad puede graduarse - y registrarán como perciben sus acúfenos los participantes. A partir de los datos que recojan podrán proponer un protocolo de actuación en pacientes con acúfenos mediante luces de colores.

Los que tenemos acúfenos debemos esperar a que se realice el estudio y se conozcan sus resultados. Si el porcentaje de éxitos es razonable los resultados del ensayo darán lugar a un protocolo de actuación en clínica, que es el que nos interesa que pongan en práctica nuestros facultativos.

Este nuevo enfoque nos gusta, ya que no es invasivo en absoluto y, por lo que parece, su aplicación tendrá un coste reducido. A ver si tenemos suerte y su aplicación clínica no se demora.

Más información en <http://themissouriinjuryblog.com>

## Un nuevo tratamiento de los acúfenos: la Anatheóresis

**Nos ha llegado información sobre una terapia de tratamiento de los acúfenos que transcribimos en lo que sigue. Se trata de una terapia cuyos resultados desconocemos, por lo que la transcribimos a título informativo, sin que ello suponga en modo alguno una recomendación para ponerla en práctica.**

Las consecuencias de los acúfenos para los afectados son muchas: afectan al estado anímico, hay pérdida de atención por estar únicamente centrados en el acúfeno, suelen implicar un estado de excitación permanente, y aparecen trastornos de ansiedad, depresión e insomnio.

En opinión de los promotores de la terapia, los acúfenos no son una enfermedad, sino un SÍNTOMA, que nos avisa de que «algo pasa» en la vía auditiva. Hay dos tipos de acúfenos: los objetivos, que son sonidos reales, y suelen ser vibratorios; y los subjetivos, que son los más habituales, no son vibratorios y la mayoría de ellos no tienen un origen mecánico. Las causas que los provocan son muchas y muy variadas y su curación, según nos consta, se reduce a «planes de adaptación a los acúfenos», es decir, se enseña a convivir con ellos, no a eliminarlos para siempre. Son técnicas de relajación, de respiración, de autohipnosis, etc., para aprender como «dejar los acúfenos a un lado», como si no existieran y convivir con ellos.

En este artículo, les proponemos tratarse con una terapia transpersonal, la Anatheóresis, para llegar al origen, a la causa de sus acúfenos, y poder así solucionar su problema. Anatheóresis es una técnica terapéutica creada por Joaquín Grau, que ayuda a «sanar» traumas del pasado desde el periodo prenatal, como medio para curar las enfermedades y problemas del presente. Surgió para comprender y valorar que existen distintas formas de percibir, de sentir y de ver la realidad.

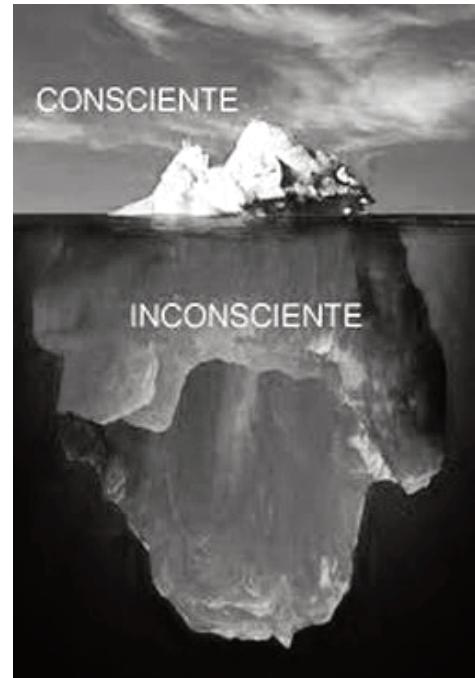
La clave de la enfermedad está, por tanto, en comprender, qué y cómo percibimos en el momento original en que se produjeron los hechos concretos, cuando nuestra configuración cerebral era distinta, incompleta y, por tanto, no nos permitía comprender globalmente la situación ó el hecho, sino solamente su aspecto emocional.

Anatheóresis se fundamenta en los ritmos cerebrales y los estadios de percepción. Trabaja únicamente con los procesos de percepción del hemisferio derecho del cerebro. Enfermamos porque estos hechos traumáticos no resueltos (claustró materno, nacimiento y primeros años de vida), se ACTIVAN en nuestra vida actual por una ANALOGÍA que hace que se despierteniiii

Los acúfenos se oyen en los oídos, que son los órganos sensoriales de la audición. Como se muestra en la foto, nuestra realidad, nuestro consciente es sólo un 5% de nuestra capacidad, mientras que nuestra parte inconsciente es un 95%.

Nosotros somos seres vivos que nos hemos adaptado para poder sobrevivir, de no ser así nos habríamos extinguido hace tiempo; y todas las adaptaciones que hemos afrontado y vivido a lo largo de nuestra historia nos han permitido seguir aquí; hemos ido evolucionando, transformándonos, aprendiendo, etc. hasta el día de hoy; y todo ello está gravado en nuestro inconsciente, el cual conoce las causas y las soluciones de todos nuestros problemas para poder vencerlos, superarlos y seguir adelante en nuestro proceso evolutivo.

Teniendo en cuenta que los acúfenos se oyen en el oído, debemos preguntarnos: ¿qué los causó?, ¿cuál es su origen?, ¿para qué han surgido estos «ruidos» en nuestro interior?, ¿desde cuándo han aparecido?, ¿qué oímos que nos causó tanto dolor y por eso lo tapamos con los acúfenos?, o ¿qué situación nos perturbó tanto que para no oír producimos esos acúfenos? También podría ser: ¿Qué silencio nos causó tanto dolor?, ¿había demasiado silencio?, ¿había demasiado ruido en aquella situación que no pude superar?, ¿no recibí buenas palabras o explicaciones?, ¿el silencio fue insoportable?, ¿oímos como un rival accedía a nuestro territorio?



- «Lo que llega a mis oídos no es lo que me gustaría escuchar».
- «No soporto escuchar más cosas desagradables».
- «Oigo palabras o ruidos que sobrepasan mis capacidades de raciocinio».
- «El silencio es insoportable».
- «No soporto haber perdido el territorio (casa, trabajo, mujer)»

Con todo esto trabajaríamos con la terapia de Anatheóresis. Se trata de buscar situaciones en nuestra biografía que tengan que ver con todo ello. Seguramente ahora nosotros no le damos importancia, pero, por analogía, algo o una situación nos han llevado a que activáramos los acúfenos como defensa en nuestro presente. Para ello acompañamos a la persona en una relajación profunda, pero consciente, y ahondamos en su inconsciente para encontrar cual fue el motivo que le ha causado este problema, la persona toma conciencia de él y el problema se resuelve.

Imaginemos un caso real, un hombre (Juan) de mediana edad, 50 años, que desde hace 10 años sufre de acúfenos. No sabe exactamente cuándo le empezaron estas molestias pero recuerda que era un momento de su vida, en el cual trabajaba duro en una empresa, con mucha competitividad entre los compañeros y, frecuentemente había discusiones entre ellos y su jefe; recuerda haber vivido una época de bastante estrés y preocupación, e incluso de miedo a perder su empleo. Ya en la sesión de Anatheóresis, después de la relajación, revive algunos episodios de aquella época de su vida con toda su carga emocional, es decir, que revive las discusiones, siente la impotencia, el miedo, y visualiza aquellos momentos. Seguimos la sesión, ahora rememorando situaciones similares a las anteriores (las mismas emociones) y relata un episodio

con su familia, un día de Navidad; en este caso las discusiones fueron con sus hermanos, discuten por el bienestar de sus padres, ya mayores, y necesitados de que los hijos se hagan cargo de ellos o de ponerles ayuda en su casa. Juan revive aquellos momentos con mucha cólera, nerviosismo, se siente impotente delante de sus hermanos, siente tristeza, etc. Seguimos rememorando situaciones similares, en las que Juan siente las mismas emociones, pero vamos yendo hacia atrás en su biografía y llegamos a la época adolescente, al momento de una discusión fuerte con su padre; en esa situación su padre le grita sin piedad, por haber llegado demasiado tarde la noche anterior a casa. Juan le intenta explicar por qué lo ha hecho, pero su padre no le escucha, solo le chilla y le chilla sin dejarle exponer lo sucedido. Juan, entonces, le grita aún más para hacerse valer y poder explicarle que se le rompió la moto de camino a casa y por eso llegó tan tarde; entonces el padre se pone más colérico y empieza a decirle que no le va a pagar la reparaciónjjjj, que es un descuidadojjjj, y no para de aumentar el tono de voz. Juan no puede soportarlo, se pone las manos en las orejas para amortiguar los chillidos de su padre y acaba marchándose a su habitación. Seguimos yendo hacia atrás y el paciente nos relata un episodio en el colegio, en el recreo, donde hay una pelea entre compañeros de clase, se gritan, se pegan, y él no puede evitarlo; lo vive de manera traumática y con mucho dolor y carga emocional, vuelve a sentir impotencia, miedo. Seguimos hacia atrás y llegamos al claustro materno; ahí Juan oye una discusión muy fuerte de sus padres, se trata de un asunto económico, su negocio no marcha bien y están muy alterados; oye cosas que lo traumatizan, tienen que ver con su llegada a la vida; parece que no va a encontrar un buen ambiente familiar, su padre y su madre ahora no lo quieren, dicen que será un estorbo y un gasto extra, se echan la culpa el uno al otro por haberlo concebido, todo lo cual hace que el bebé entre en pánico por lo que oye, y sienta miedo a morirjjjjjj

Como vemos en el caso de Juan, todos los episodios que ha ido rememorando respecto a oír discusiones, gritos, peleas, le han ido causando traumas en su vida, los ha vivido con miedo, impotencia, pánico, etc.

No todas las personas lo hubiéramos vivido de la misma manera, y por ello Anatheóresis es una terapia personalizada, no se puede generalizar, cada caso es diferente aunque el síntoma o la enfermedad sea la misma.

Es muy probable que a Juan le sucediera alguna situación análoga a éstas, cuando le aparecieron los acúfenos, al no poder soportarlo y sentirse impotente para solucionarlo, él mismo creó un «ruido» interior para no oír el exterior. Estas emociones quedaron bloqueadas en su inconsciente, hay que revivirlas y desbloquearlas para que el síntoma empiece a paliarse hasta desaparecer.

Cada caso es diferente porque depende de la percepción de la persona y de las situaciones que se encuentre; puede que las situaciones sean muy diferentes de unos pacientes a otros, incluso que no tengan nada que ver, y por ello hay que tratarlos de manera individual y personalizada hasta encontrar el origen que causó este síntoma o enfermedad en el presente.



Lo ocurrido a Juan cuando estaba en el seno materno puede explicarse por el hecho conocido de que el sentido del oído es el primero que se desarrolla en el bebé, ya que a los 6 ó 7 meses de su concepción percibe los sonidos que percibe su madre.

**Los lectores que se interesen por ampliar su información sobre la Anatheóresis pueden hacerlo accediendo a [www.bioterapiascasart.com](http://www.bioterapiascasart.com), al teléfono 630511180 (whatsapp) o al correo [bioterapiascasart@gmail.com](mailto:bioterapiascasart@gmail.com)**

**Nota. Las dos imágenes incluidas en el artículo han sido facilitadas por Bioterapias Casart, por lo declinamos toda responsabilidad sobre las mismas.**

## ¿Es el *ginkgo biloba* un suplemento eficaz para los que tenemos acúfenos?

El *ginkgo biloba* disponible es un extracto de las hojas del árbol *ginkgo*. Se le atribuye la condición de suplemento nutricional que se suele prescribir solo o formando parte de un preparado en el que aparecen otros componentes como la melatonina, distintas vitaminas, alguna sal de zinc, otros compuestos minerales, etc. Estos suplementos se prescriben a personas con acúfenos con el argumento de que van a reducir la intensidad del acúfeno percibida. Se prescribe también en otras patologías como en casos de insuficiencia circulatoria cerebral y en secuelas de accidentes cerebrovasculares y en traumatismos en el encéfalo y en el cráneo.

No sabemos de ningún estudio realizado sobre las propiedades del *ginkgo biloba* que induzca a prescribirlo para mitigar la intensidad de los acúfenos, por lo que suponemos que nadie se ha ocupado seriamente de verificar su efectividad. Nos consta que en la Guía de Práctica Clínica de la Academia Americana de Otorrinolaringología revisada en el año 2014, elaborada tras la revisión de numerosos estudios científicos, se refieren a las hojas del árbol *ginkgo* como un suplemento del que existen pocos estudios y ninguno de ellos con garantía de fiabilidad, e incluso algunos en los que se llegaba a la conclusión de que no servían para tratar el acúfeno.

La conclusión de la Guía referida es que no se ha demostrado fehacientemente que el *ginkgo* u otros suplementos a base de vitaminas y minerales tengan alguna eficacia para tratar los acúfenos. Se menciona asimismo que el *ginkgo* puede tener efectos adversos aunque de poca entidad, como vómitos, náuseas, trastornos gastrointestinales o celafeas.

Cuando algún paciente afectado por acúfenos refiere que el *ginkgo biloba* ha sido beneficioso para su acúfeno no debe descartarse el efecto placebo que toda prescripción acarrera consigo.

El *ginkgo biloba* se deberá prescribir con precaución en todos los pacientes tratados con antiacoagulantes, antiplaquetarios (incluida la aspirina) o trombolíticos. Las personas con hemorragia uterina, cerebral reciente, gastrointestinal aguda, hipotensión arterial de gravedad e infarto del miocardio en evolución, deben evitar administrarse dicho suplemento. No está descartado que la combinación de *ginkgo biloba* con fármacos anticoagulantes o antiplaquetarios represente un riesgo serio para la salud. Tales preocupaciones se basan mayormente en la suposición de que el *ginkgo* tiene actividad antiplaquetaria clínicamente relevante, así como evidencias de episodios de sangrado asociados al consumo de *ginkgo*. Para hacer averiguaciones si estos episodios de sangrado tenían una base farmacodinámica, idiosincrática o coincidental, se hizo una revisión de estudios clínicos controlados e informes de casos. Los resultados de estudios controlados consistentemente señalan que el *ginkgo* no afectaría significativamente la hemostasis ni tampoco seriamente la seguridad de la aspirina o la warfarina administradas concomitantemente. No obstante, la posibilidad de un acontecimiento idiosincrático de sangrado debido al uso de *ginkgo* no puede quedar excluida con base en la información disponible.

## Una información sobre el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

En el departamento de Otorrinolaringología del Hospital había venido funcionando desde el año 1998 una Unidad de Acúfenos, dirigida por el Dr. Miguel Ángel López González, reconocida como un centro de tratamiento del acúfeno muy acreditado. Nos llamaba la atención que personas residentes en Andalucía afectadas por acúfenos desconocieran su existencia, y en las consultas que recibíamos de afectados residentes en la comunidad andaluza siempre recomendábamos acudir a dicha Unidad.

El Dr. Miguel Ángel López González siempre ha tenido una deferencia especial con nuestra asociación, enviándonos todas las publicaciones en las que ha intervenido y atendiendo siempre las consultas y peticiones que le formulábamos. Nos consta que fue el promotor de un tratamiento denominado TSS Terapia Sonoro Secuencial que es una variante de la TRT, que ha tenido buenos resultados. Hemos visto referencias a la TSS en publicaciones extranjeras, destacando sus posibilidades. Las últimas investigaciones realizadas en la Unidad

de Acúfenos se refieren al campo de la Otosociología y el Entorno Social. Las dos publicaciones de 2016 que recogen los resultados de estas investigaciones son: EPIGENÉTICA SOCIAL DEL ACÚFENO y LAS PATOLOGÍAS IDIOPÁTICAS DEL OIDO Y EL ENTORNO SOCIAL. Ambos libros pueden descargarse gratuitamente en formato PDF de la página web: [www.saeia.es](http://www.saeia.es)

Ahora hemos sabido lo que debemos considerar una mala noticia. Nuestro amigo el Dr. López González se ha jubilado, lo que en si no es una mala noticia ya que jubilarse es un derecho adquirido y, en definitiva, puede ser un cambio de actividad, por lo que le deseamos que su desempeño profesional tenga continuidad aunque no sea en el Hospital Virgen del Rocío. La mala noticia es que la Unidad de Acúfenos del Hospital Virgen del Rocío se ha desmantelado (este el término que utilizó quién nos informó). Deseamos y esperamos que los jóvenes otorrinolaringólogos que conocen esta problemática tengan empatía con ella.

## Primer Simposium de Pacientes con Acúfenos

El pasado 1 de diciembre de 2016, en el Salón de Actos del Hospital Materno Infantil del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, tuvo lugar el Primer Simposium de Pacientes con Acufenos organizado por la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología (AMORL), propuesto por AMAT Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus, de la mano de su presidente.

El **Dr. Joaquín de Vergas**, Otorrino del Hospital 12 de Octubre y miembro de AMORL, presentó el evento mencionando la actividad desplegada por el presidente de AMAT, **D. Diego Martínez Prado**, que fue quién propuso realizar un encuentro, un intercambio de opiniones quizás, para dar luz a las preocupaciones que tienen los afectados por acúfenos madrileños. Con esta propuesta se inicia el interés de AMORL por el tema y se organiza un encuentro con otorrinolaringólogos, médicos de familia, pacientes y personas interesadas en la problemática del tinnitus: el Primer Simposium de Pacientes con Acúfenos.

El **Dr. De Vergas** explica que la intención final del Simposium es la de compartir todo lo que hasta el momento se conoce sobre diagnósticos y tratamientos, y sobre todo iniciar la preparación de un protocolo de actuación médica para esta patología, lo que coincide con una de las principales demandas de AMAT.

La **Dra. Marisa Mozota**, moderadora del simposium, inició las Ponencias, que presentamos en lo que sigue.

### ¿Cómo se produce? Dr. Francisco Cogolludo. Fundación Jiménez Díaz. Madrid

En este momento tenemos ante nosotros un gran puzzle en el que vamos encajando piezas para obtener un esquema de diagnóstico. Da una definición de acúfeno que se repetirá en todas las ponencias: es la percepción de un sonido sin que exista una fuente sonora externa que lo origine (McFadden).

Repasa las tipologías generales de los acúfenos, y explica que el 5 % corresponden a sonidos fisiológicos identificables (acúfenos somáticos), y el resto no tienen una causa clara. Es importante considerar al acúfeno como un síntoma de algo más, aunque el síntoma puede hacerse tan presente que se convierte en patología y hay que tratarlo.

La mayor parte de la población padece acúfenos, y un 20% de forma habitual. En Gran Bretaña el 10% de la población adulta está afectada por acúfenos, un 1% ve afectada su calidad de vida, y un 7% ha consultado en atención primaria por esta causa.

El ponente describe las estructuras auditivas y cómo se procesa el sonido en el cerebro. Con lo que hoy conocemos, las causas de los acúfenos pueden dividirse en dos tipos: las óticas, que pueden ser en el oído externo (tapones de cera, tapones epidérmicos, obstrucciones del conducto), en el oído medio (perforaciones de la membrana, timpanoesclerosis, otoesclerosis, otitis medias agudas) y en el oído interno (cocleopatías,

lesión del nervio auditivo, lesiones centrales); y las extraóóticas, que son causas que no tienen nada que ver con el oído (contracturas cervicales, insuficiencia circulatoria, malformaciones, arteriovenosas, esclerosis múltiple, meningitis, sífilis, hipo o hipertiroidismo, hiperlipemia, déficit de vitamina A, B12 o zinc, alteración de la articulación temporomandibular).

Actualmente, las teorías sobre el origen tratan de tener en cuenta todos los factores posibles en las vías auditivas: puede haber alteraciones cocleares, alteraciones en la transmisión del impulso eléctrico, desequilibrios en los neurotransmisores y fenómenos de reorganización cortical.

El origen de los acúfenos no está claro, y hoy es un mapa al que se van añadiendo partes, y aún así ha habido intentos de crear teorías que contemplen todas estas causas. El modelo más conocido es el Modelo Neurofisiológico de Jastreboff (TRT Tinnitus Retraining Therapy) que justifica algunas de las terapias que hoy en día se utilizan. Este modelo toma en consideración todos los factores, sobre todo de percepción auditiva, emocional y la propia reacción del cuerpo a dichos factores, y al combinarlos crea un esquema que manifieste los estadios (por ejemplo: el sistema límbico, el sistema nervioso autónomo) desde que se observa el acúfeno hasta que se hace consciente y se convierte en algo molesto. Otros modelos son los que comparan el acúfeno con el dolor crónico: Analogía del Dolor Crónico (House, Brackmann, Evans, Möller), y Reorganización Cortical y Analogía con el Dolor Fantasma (Goodhill ).

Cuando se produce una lesión en el órgano auditivo, la zona lesionada se pierde, ya que no se regenera, y por ello la información sobre sonidos percibidos que esta zona lesionada debía transmitir no llega a la zona cortical encargada de percibir tales sonidos, la cual se reorganiza conjuntamente con otras zonas que perciben otros sonidos. Esta reorganización puede ser el origen del acúfeno.

Estos nuevos sonidos son comparados con patrones de sonido ya conocidos por el cerebro, pudiéndose transformar en sonidos conscientes o inconscientes. En el caso del acúfeno el sonido generado es consciente, no se identifica con un patrón determinado, y entonces el cerebro lo mantiene de forma consciente y se produce una reacción, aumenta el estado de alerta en el sistema nervioso central y en el sistema límbico se produce una reacción emocional que convierte al acúfeno en un problema.

La solución son los mecanismos de habituación, que son los que tiene nuestro cuerpo para responder a los estímulos sensoriales. La habituación no es acostumbrarse a un ruido, es un mecanismo mediante el cual la corteza cerebral capta ese ruido y por sus propios mecanismos es capaz de transformarlo en un ruido inconsciente, o lo que es lo mismo, que el paciente no lo perciba.

Finalmente, el ponente, a modo de conclusión, comentó que no hay un modelo único y completo que explique totalmente la producción de los ruidos. De momento son muchas las piezas que se barajan, lo que explica que haya esquemas de diagnóstico tan complejos adaptados a cada persona, y que existan tantos tipos distintos de acúfenos y de tratamientos.

### **¿Cómo se diagnostica? Dr. Juan Garcia-Valdecasas. Vicepresidente de la Asociación Española de Audiología. Hospital de San Cecilio. Granada**

¿Cómo voy a tratar a mi paciente? Cada paciente es distinto, lo que implica muchas variables sobre mi paciente, como la causa del acúfeno, su gravedad y la urgencia del tratamiento.

La primera fase del diagnóstico es el asesoramiento al paciente sobre su acúfeno. Se refiere a la transformación que han sufrido los otorrinolaringólogos a lo largo de los últimos años a raíz de la aparición de pacientes con acúfenos, vértigos e hiperacusias. Esta transformación implica observar al paciente de una manera global y no individualmente, sino a través de un equipo multidisciplinar (fisioterapeutas, audiólogos, psicólogos, psiquiatras).

El Dr. Garcia-Valdecasas destaca que la primera diferenciación ante un acúfeno es determinar si es pulsátil

o no pulsátil. La mayoría no lo son y las causas que los pudieron producir son muchas, por ejemplo otitis, moco en el oído, tapones de cera, trauma sonoro, pérdida de audición por la edad, distintas enfermedades, problemas somato-sensoriales que pueden ser de articulación mandibular, cervicales, dolores en otras zonas de la cara, cabeza y cuello, enfermedades neurológicas, problemas psiquiátricos, paroxísticos, post-traumáticos, etc. Muestra un esquema complejo en el que se puede observar la multitud de causas que pueden dar origen de un acúfeno.

Se refiere también a una clasificación más simple que durante mucho tiempo ha sido utilizada. Se trata de diferenciar por pacientes con problemas auditivos, pacientes con problemas psicopatológicos o bien pacientes con los dos problemas.

Los acúfenos pulsátiles están originados por alguna estructura en nuestro organismo y no tanto en la vía auditiva. Su tratamiento es completamente diferente a los no pulsátiles. Dos tipos de acúfenos pulsátiles son comunes: ocasionados por problemas arteriales y por problemas venosos. Los acúfenos arteriales son sonidos sincrónicos con los latidos del pulso arterial, y desaparecen cuando se comprime la carótida. Los acúfenos venosos se asemejan a un murmullo venoso, y desaparecen al comprimir la yugular. ¿Cuál es el proceso ante un paciente con acúfenos pulsátiles? Lo primero explorar el oído, ver si hay algún trastorno, como tapones, perforación en el tímpano, alguna lesión vascular en el oído medio, etc., y si no hay nada, que suele ser lo más frecuente, se pueden complementar, en el caso de los arteriales, con distintas pruebas. Si resultan normales hay que seguir con exploraciones de imagen. Para los venosos directamente se pasa a pruebas de imagen. Con estas pruebas estaremos en condiciones de encontrar el problema etiológico, es decir, la causa real del acúfeno.

La segunda función del especialista es reconocer cómo es el acúfeno del paciente y averiguar si tiene también hiperacusia o hipoacusia. Antiguamente, aparte de las audiometrías se hacían muchas pruebas que no aportaban grandes ayudas. Hoy en día se considera necesaria una audiometría, mejor si puede ser de alta frecuencia, una acufenometría y asimismo cuestionarios para saber cómo se encuentra el paciente, como el Tinnitus Handicap Inventory (THI), o si existe una hiperacusia como el Test de Nelting.

Es necesario saber si el acúfeno es o no discapacitante, si hay hipoacusia o hiperacusia y si ésta aumenta o no el acúfeno del paciente. Con esta información estamos en disposición de categorizar al paciente en una de los cinco categorías definidas por Jastreboff .

Resumiendo, el tratamiento requiere asesoramiento al paciente (counselling), determinación de la etiología del acúfeno y consecuencias para el paciente, y en algunos casos, prescripción farmacológica de apoyo. Es importante que el paciente se sienta acompañado, que vea que queremos conocer su acúfeno y establecer su causa, y que estamos haciendo algo útil, y así podremos proponer un tratamiento que pueda ser efectivo.

En este punto iniciamos las ponencias tituladas ¿Cómo se trata?, para ello los Dres. Juan Manuel Espinosa, Teresa Heitzmann, Raquel Ramírez y Alejandro Harguín-dey Antoni-Candela hablarán sobre los posibles tratamientos.

### **¿Cómo se trata? Tratamiento Médico. Dr. Juan Manuel Espinosa. Hospital de San Agustín. Linares (Jaén)**

El doctor Espinosa inicia su ponencia agradeciendo la posibilidad de participar en grupos de trabajo con pacientes. Comenta la infinita oferta de curas milagrosas que se encuentran en internet, y constata la realidad de que, actualmente, no existe ninguna cura. Al paciente se le puede ofrecer lograr que el acúfeno no interfiera en su calidad de vida, que es un objetivo que se puede conseguir. Hay multitud de tratamientos, y el ponente se centra en el tratamiento farmacológico.

La asociación American Tinnitus Association en su página web, explica que no existe ningún medicamento específico para los acúfenos, pero se dispone de medicación opcional para el estrés, la ansiedad y la depresión que el acúfeno puede causar. Para este fin son muy útiles la Guía Práctica Clínica de la Academia Americana

de Otorrinolaringología, la Guía Canadiense y varias revisiones que la Fundación COCA ha realizado sobre el tema. Todo ello se encuentra resumido en un artículo titulado: Tratamiento farmacológico de los acúfenos: mucho ruido y pocas nueces de Juan Manuel Espinosa Sánchez, Teresa Heitzmann Hernández y José A. López Escámez.

El ponente presenta un análisis de los fármacos relacionados por grupos: antiepilépticos, antidepresivos, antihistamínicos, ansiolíticos, corticoides, antagonistas NMDA y otros.

**Antiepilépticos.** La evidencia es que no son útiles en el tratamiento de acúfenos.

**Antidepresivos.** Algunos pueden ayudar a minorar la intensidad del acúfeno, pero no se puede saber si por ellos mejora el acúfeno propiamente, o si esa mejora se produce a través de la mejora de la depresión. La Fundación COCA antes citada, que revisa la veracidad de los estudios sobre fármacos, ha comunicado que, actualmente, no hay fundamento alguno que demuestre que los antidepresivos son útiles para tratar los acúfenos. Hay una evidencia en contra del uso de los antidepresivos en pacientes con acúfenos sin depresión, y pueden ser adecuados en pacientes con acúfenos y depresión.

**Antihistamínicos.** Hay una referencia de mejoría utilizando una combinación de dos productos, un antihistamínico junto a un antidepresivo.

**Ansiolíticos (benzodiazepinas).** Algunas han resultado útiles y remiten la intensidad del acúfeno, aunque los correspondientes estudios son poco concluyentes.

**Corticoides (intratimpánicos).** Para los pacientes que sufren la enfermedad de Ménière con vértigo, pérdida de audición y acúfenos, una opción es la inyección de un corticoide dentro del oído, aunque el resultado de los acúfenos en ninguno de estos casos sea concluyente, lo es para los demás síntomas de esta enfermedad.

**Antagonistas NMDA.** El Dr. Espinosa ha participado en muchos estudios sobre este grupo de medicamentos y comenta que si algún día surge un fármaco para la mejora del acúfeno, posiblemente proceda de este grupo, pero, hoy no presenta todavía buenos resultados .

**Suplementos dietéticos.** Estos productos no son útiles directamente para el acúfeno pero lo son con otras factores que pueden causar mayor percepción del acúfeno.

**Otras terapias.** No han demostrado, en ningún caso, su eficacia, que de momento solo suele ser limitada o insuficiente.

**Conclusiones.** La Guía Práctica Clínica de la Asociación Americana de Otorrinolaringología señala que hay que evitar el uso rutinario de medicamentos, entre los que incluye antidepresivos, antiepilépticos, ansiolíticos o medicación intratimpánica como primera medida para tratar a pacientes con acúfenos molestos y persistentes. Tampoco se deberían recomendar melatonina, ginkgo biloba o suplementos dietéticos para tratar a este tipo de pacientes.

El Dr. Espinosa concluye explicando que a la vista de todo lo expuesto, la evidencia es insuficiente para la evaluación de la eficacia de los tratamientos farmacológicos en cuanto a la reducción de la severidad de los acúfenos y del impacto en la calidad de vida del enfermos. ¿Por qué todavía no hay una cura para los acúfenos? El motivo central es que el acúfeno es muy heterogéneo, cada paciente con acúfeno es un mundo. Habrá que agrupar síntomas distintos y realizar estudios con fármacos determinados para cada grupo de pacientes con un perfil concreto.

**¿Cómo se trata? Terapia sonora y TRT (Tinnitus Retraining Therapy). Dra. Teresa Heitzmann. Clínica Universitaria de Navarra. Madrid**

La ponente hace una pequeña introducción sobre lo revisado en las ponencias anteriores y se pregunta si el acúfeno tiene tratamiento. La respuesta es que ya se explicó que farmacológico no, quirúrgico en algunos casos, pero como tal no existe. Disponemos en cambio de un tratamiento neurofisiológico: la TRT (Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus), que, esencialmente, se propone enseñar a la vía auditiva a procesar correctamente la señal del acúfeno.

Hay personas con acúfenos que los procesan correctamente y que no los perciben como molestos, es decir

se han habituado. El objetivo de este tratamiento es la habituación. El cerebro no permite que nos habituemos a lo que nos molesta, pero cuando deja de percibir esta molestia puede ignorar la señal del acúfeno. Esta habituación o la no percepción del acúfeno, es posible gracias a la plasticidad neuronal que es un hecho cierto y comprobado.

El sistema se basa en el planteamiento neurofisiológico que Pawel Jastreboff publicó en 1.990. Sea cual sea la causa, la molestia ocupa un lugar común, y según el modelo neurofisiológico la causa de esta molestia es la alteración del procesamiento central de la señal que produce una plasticidad neuronal patológica. La plasticidad neural puede ser beneficiosa o patológica. Es beneficiosa cuando se adapta para solucionar un problema, pero es patológica cuando esta adaptación causa efectos como los acúfenos o la hiperacusia.

La ponente muestra un esquema del sistema auditivo, desde el tímpano hasta el cerebro, y nos comenta la importancia de la zona subcortical o inconsciente y de la zona cortical, donde hacemos consciente el sonido. Lo que no llega a esa zona cortical, no existe para nosotros. Estas dos zonas están unidas al sistema límbico y al sistema nervioso autónomo. La sobre activación de estas zonas va a ser causante de la alteración del procesamiento del acúfeno en la vía auditiva. Todos estos sistemas descritos emiten y reciben información y se regulan por los principios de los reflejos condicionados. ¿Cómo se crea un reflejo condicionado? Por un consejo terapéutico negativo, por situaciones de estrés o por determinados perfiles de personalidad. Un estímulo que produce una reacción emocional, cada vez que se presente ese estímulo, producirá esa misma reacción emocional. La vía auditiva selecciona o identifica señales a nivel subcortical, y en función de esta selección, llegará o no al córtex y se hará consciente.

Pero, ¿cuáles son las funciones de esta selección para hacer consciente o inconsciente al acúfeno? La novedad de la señal, las experiencias asociadas a la señal, la atención o concentración en otra tarea y el contraste con el sonido exterior (experimento de Heller y Bergman en 1953). La vía auditiva, se encargará, por su naturaleza, de amplificar la pequeña señal del acúfeno de manera espontánea. Es importante tener en cuenta esta estructura; cada vez que llegue esta señal al sistema auditivo, este la selecciona y permite su llegada al córtex, y por lo tanto permite hacerla consciente, lo puede generar miedo o terror, y activa toda la estructura (sistema límbico y sistema nervioso central). A partir de aquí, cada vez que se presente este estímulo esta estructura se va a activar y el malestar que genera está garantizado. Esta situación podrá generar ansiedad, depresión, alteración del sueño o problemas de atención y concentración en las actividades diarias.

La habituación es el camino que, a través de la plasticidad neural, puede revertir la percepción del acúfeno, el reflejo condicionado, es decir que no se registre el acúfeno a nivel cortical. La habituación debe tener dos pasos: 1. Una señal amenazante debe pasar a ser neutra, la señal existirá, pero el sistema límbico la percibirá como neutra; 2. En una segunda fase, trataremos que este estímulo no llegue al córtex, que se quede a nivel subcortical, esto es lo que llamamos habituación a la percepción.

Este proceso se realiza con el TRT, que tiene dos pilares fundamentales: 1. El consejo terapéutico: qué le pasa y por qué; y 2. Terapia sonora, para reorganizar la vía auditiva de forma que el córtex deje de percibir la señal.

Todo este proceso se inicia con un diagnóstico clínico y una valoración de la molestia generada por el acúfeno. Es habitual en muchos pacientes pensar que el acúfeno es la causa de la sordera, y no es así, el acúfeno es el acompañante de una sordera. Abordamos el reflejo condicionado con los datos que el paciente nos ha dado y después explicar lo que queremos conseguir con la TRT y su terapia sonora: habitar al paciente a la percepción, que la señal de sonido no llegue al córtex.

La primera parte de la terapia sonora es evitar el silencio, y utilizar generadores de sonido, combinados con audífonos si hay pérdida auditiva. En la TRT, el emisor de sonido que se usa es de banda ancha o de sonido blanco y en los dos oídos, ya que la vía auditiva funciona de manera cruzada, y si el acúfeno es unilateral y se utiliza en un solo oído se puede empezar a escucharlo en el otro. Este emisor se utiliza durante seis u ocho horas diarias sin enmascaramiento.

Cuando hay pérdida de audición o cofosis en un oído, cabe utilizar, además del consejo terapéutico ya comentado, audífonos o bien realizar un implante coclear si es el caso. El generador de sonido deberá colocarse en los dos oídos y accionando el control de volumen (lo lleva incorporado) se consigue una intensidad cómoda para el paciente. Si no tiene hiperacusia se podrá regular el volumen justo por debajo del punto de percepción del acúfeno, lo que llamamos punto clave, sin enmascarar. Este volumen lo regula el propio paciente todos los días.

La TRT no es una terapia enmascaradora, es una terapia de generación de sonido. Existen otras terapias que son enmascaradoras, por lo que es importante aclararlo. Son muy importantes las pautas de seguimiento del paciente y la ayuda en el proceso. Es un tratamiento largo, entre 18 meses y 2 años, aunque a los 6 meses ya hay pacientes con una mejoría notable. Los resultados alcanzan un porcentaje del 70 al 78 % de pacientes que mejoran. Para realizar este proceso es necesario disponer de un equipo multidisciplinar: otorrinolaringólogos, técnicos de audiolgía, audioprotesistas, psicoterapeutas, etc.

Como resumen, la persona que sufre acúfenos que molestan sabe que puede haber una solución, que la causa es una disfunción del sistema nervioso central, que para ayudar al paciente se debe realizar el consejo terapéutico y la terapia sonora personalizada, y ayudar con el seguimiento a que se produzca la habituación. Las consultas son largas y el equipo debe ser multidisciplinar, pero con todo ello se ayuda a la reversión del problema de un modo fisiológico, sin medicación.

**¿Cómo se trata? Valoración psicológica. Dra. Raquel Ramírez. Médico de familia y medicina psicosomática. Clínica Universitaria de Navarra. Madrid**

Nos encontramos con tres tipos de experiencias de las personas ante los acúfenos: los que perciben un acúfeno y al cabo de poco tiempo desaparece, los que perciben el acúfeno pero no le dan importancia y lo viven sin problema, y aquellos a los que el acúfeno les afecta absolutamente en su calidad de vida lo que ocurre entre el 10 y el 20 % de las personas con acúfenos. En estos casos, se ve afectada la relación con el trabajo y con la familia, la capacidad de concentración, la capacidad de relación con los demás, el descanso, etc.

Estas explicaciones aparecen en la Guía de la Asociación Americana de Otorrinolaringólogos actualizada en 2014. El paciente se plantea ¿por qué estoy así? Y así se crea una respuesta automática, el estrés, se dispara el sistema simpático, podemos pensar que va a desaparecer, pero la alerta ya está ahí. Si vemos que no desaparece, esa señal de alerta se acrecienta, percibimos mucho más al acúfeno y empezamos a pensar que no va a desaparecer. Entramos en un círculo vicioso del que solo no se es capaz de salir.

La ponente nos señala que la Asociación Americana, en un artículo publicado en 2014, define el esquema de la nueva psiquiatría del tinnitus, en el que se observa que el estado de ánimo, la ansiedad y el sistema tensional influyen sobre las demás vías. En resumen, el proceso de audición de la cóclea va al tálamo, que es la zona de audición periférica y de procesamiento inconsciente, de ahí va a la corteza, donde se inicia el proceso de consciencia del sonido, interviene la memoria, el paciente recuerda que tuvo un acúfeno y le presta atención, interviene la percepción y su evaluación afecta directamente al sistema límbico que desencadena las emociones y estimula al sistema nervioso autónomo y crea esa reacción de estrés que se ha comentado. Todo este camino es bidireccional, el sistema límbico provoca un comportamiento de hipervigilancia que vuelve a impactar en el área cortical y mantenido en el tiempo genera sufrimiento, ansiedad, depresión o somatización, y todo ello vinculado a los aspectos sociales y familiares.

Se ha expuesto ya cómo se produce, cómo se diagnostica y por qué estoy así, pero es importante saber ¿cómo se trata? Es muy aconsejable la terapia multidisciplinar, en la que debemos actuar sobre el acúfeno como tal, sobre sus consecuencias y sobre los mecanismos que mantienen al acúfeno y provocan sus síntomas. Así pues, actuaremos sobre el acúfeno con los conocimientos de otorrinolaringología y con la TRT, pero también sobre las consecuencias del acúfeno, que pueden ser estrés, trastorno del sueño, astenia, cansancio, y ansiedad que puede acabar en un trastorno depresivo.

Es necesario, por lo tanto, enseñar al paciente medidas de higiene del sueño y del descanso, deporte, actividades o aficiones que le relajen. Podemos mostrar técnicas de relajación y en ocasiones se puede actuar con fármacos, no sobre el acúfeno como tal, pero si sobre la ansiedad y la depresión consecuencia del acúfeno o motivadas por él.

Es importante trabajar con los mecanismos que mantienen el acúfeno y que provocan sus síntomas. Para ello disponemos de la terapia cognitivo-conductual (TCC), las TCC de tercera generación, la de la aceptación y compromiso y la basada en Mindfulness.

### **¿Cómo se trata? Papel del implante coclear. Dr. Alejandro Harguindey y Antoni-Candela. Hospital HM San Chinarro. Madrid**

El ponente inicia su exposición agradeciendo al Dr. De Vergas y a la Dra. Mozota la organización del encuentro.

Hemos visto que no hay medicación para los acúfenos y tampoco hay cirugía. No es un problema del oído, es un problema del sistema nervioso central y otros sistemas, así que ni hay ni va a haber nunca una intervención que cure los acúfenos. Otra cuestión es que existan algunas acciones quirúrgicas que nos puedan ayudar con los acúfenos.

Todos los que tratamos pacientes con acúfenos formulamos unas observaciones que nos son comunes, pero que no son comunes a todos los otorrinos. Así, es importante que un paciente con acúfenos sea visto por un otorrino que está actualizado en el tratamiento de los acúfenos.

Hay que tener en cuenta que, con excepción de los que son puramente otológicos, pueden tener algún tratamiento médico, en tanto que los demás son un problema manifestado a través del sistema nervioso central, por ello no puede haber una medicina para todos los acúfenos, sino distintas medicinas que pueden ayudar relativamente.

El origen puede estar en el oído, pero el desorden se encuentra en el sistema nervioso central, hasta el punto de que una persona que nazca sorda no puede tener acúfenos ya que no posee información previa de ningún sonido que pueda tener en la memoria como referencia.

Es muy necesario que el otorrino dedique tiempo al paciente para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Cuando el tratamiento fracasa, hay otras soluciones. Es un trabajo multidisciplinar que puede aportar otras soluciones. Es importante ofrecer una información positiva al paciente. En cualquier otra patología no se da nunca información negativa y, realmente no se sabe porque en el caso de los pacientes con acúfenos se ofrece.

No existen tratamientos milagrosos, ni tratamientos sobre la cóclea que puedan ser efectivos. Por tanto, un tratamiento dirigido solamente al oído, al tratarse de un problema relacionado con el sistema nervioso central, no puede funcionar en todos los pacientes.

La mayoría de pacientes con acúfenos tienen problemas de audición, y eso es lo que hay que arreglar, porque solucionando el déficit auditivo solucionamos parte del problema. Normalmente se trata con audífonos, y eso debe entenderlo el paciente como parte del tratamiento.

Volviendo a los implantes cocleares, cabe señalar que son útiles únicamente para pacientes sordos profundos, que no oyen nada y no tienen otra opción, no habiendo otra manera de estimulación del sistema auditivo con resultados positivos.

El sistema es sencillo. Un implante coclear es un dispositivo con un electrodo que se introduce directamente

dentro de la cóclea y que estimula el nervio auditivo y éste transmite la señal al cerebro. Así, alguien que no oía, puede volver a oír. Es un estímulo de la misma manera que estimulamos con un ruido blanco, rosa o zen. Estamos estimulando y reduciendo la carga neuronal del sistema nervioso central. El implante coclear es un tratamiento potencial para tratar el acúfeno en las hipoacusias unilaterales o bilaterales. El acúfeno desaparece en un 33 % de los casos y mejora en un 39 %. Ocurre porque se está reordenando todo el sistema auditivo. Todos los pacientes con acúfenos incapacitantes, al recibir el implante coclear han notado rápidamente una mejoría que se mantiene estable en el tiempo. Hay alguna controversia en la utilización del implante coclear en pacientes con hipoacusia unilateral, pero cada vez está más comprobada su utilidad en estudios prolongados en el tiempo.

Si buscamos otro tipo de cirugías resulta que no hay nada más. Las que se realizan para la otosclerosis, cirugía que no puede mejorar directamente el acúfeno, mejoran, al menos, el sistema auditivo y aminoramos de manera secundaria la percepción del acúfeno.

Por esta razón, decirle al paciente que por operarse le van a desaparecer los acúfenos es un error. Existe una elevada probabilidad de que ocurra pero no es el motivo por el cual se debe operar. Lo que es importante es que al mejorar su calidad de vida y oír mejor, el acúfeno pasa a un segundo plano. Si realizamos una timpanoplastia pasa exactamente lo mismo, por si misma no afecta al acúfeno pero puede mejorar ya que estamos reordenando el sistema auditivo. De hecho hasta un 82 % de los pacientes operados de timpanoplastia tienen una mejora en la percepción del acúfeno.

Otros tipos de implantes mejoran estadísticamente la percepción del acúfeno (implantes osteointegrados), excepto en los implantes de oído medio en los que el resultado respecto a los acúfenos no está claro.

Si a un paciente con pérdida de audición le estimulamos directamente con una prótesis auditiva, mejorará su nivel de audición y se reducirá su percepción del acúfeno.

Para los pacientes con hipoacusia es esencial la colocación de una prótesis para la mejora de los acúfenos. Cualquier medida que mejore la hipoacusia, rebaja la percepción del acúfeno. Los implantes cocleares, que hasta ahora sólo se utilizaban para mejorar la audición, se promueven también para la mejora de hipoacusias neurosensoriales unilaterales o bilaterales.

### **Yo tengo un acúfeno. ¿Cómo lo vivo? Virginia Ruíz y María Luz Monreal. En nombre de AMAT Asociación Madrileña de Afectados por Tinnitus. Madrid**

Virginia y María explican desde su experiencia cómo viven los pacientes con acúfenos su dolencia, su malestar y las dificultades de convivir con ellos. Virginia agradece a Diego Martínez Prado, presidente de AMAT, su iniciativa y nombra a otras asociaciones que existen en España: APAT, ATINNEUS a las que hacen partícipes del Simposium. Cita también varias internacionales: British Tinnitus Association, France Acoufenes, American Tinnitus Association y otras. Se refiere a la fuente de información amplia y veraz que suponen las asociaciones y algún que otro blog adecuado para los afectados, y el gran peligro que es internet con mucha información inadecuada.

Comenta que si tuviésemos un protocolo de actuación se podría diagnosticar el acúfeno a tiempo, y muchas de las personas con acúfeno estarían mejor, ya que, como sucede en otros países, el acufónico se sentiría más protegido, menos solo y perdido. Son necesarias unidades de acúfenos en centros hospitalarios que reúnan equipos adecuados. Según explica EUTI (Asociación Europea de Asociaciones de Afectados por Tinnitus) en otros países existen este tipo de unidades médicas.

Otro tema importante son los afectados por los medicamentos ototóxicos. Pocos médicos tienen en cuenta estos efectos. Si no se dan ciertos medicamentos a un alérgico, no deberían darse ciertos medicamentos a un paciente con acúfenos. APAT (Asociación de Personas Afectadas por Acufenos) crea cada año un listado de

medicamentos ototóxicos, junto con el Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona. Este listado es una medida de protección para las personas que tenemos acúfenos y que no queremos que un médico nos recete un medicamento que puede incrementar nuestro acúfeno.

Por lo tanto, es de vital importancia crear un protocolo de actuación, especialmente en la atención primaria (médico de familia), ya que es el primero al que acudimos. Estos especialistas deberían conocer el acúfeno, saber qué significa y poder hacer un diagnóstico rápido. De lo contrario, nos derivan a un otorrinolaringólogo que nos ve meses después y ese tiempo de espera es una tortura, aparte de los mensajes negativos que recibimos sobre el acúfeno. Cuando nos ve el otorrinolaringólogo comienza nuestro peregrinaje por los diversos especialistas.

Aquí Virginia da paso a su compañera en AMAT María Luz Monreal, que sigue con la ponencia. Después nos ve el otorrinolaringólogo, es una lotería porque si es especialista de garganta sales de la consulta no entendiendo nada. Lo mismo que los comentarios en las redes que están llenos de desesperación. Lo lógico sería que este especialista nos remitiera a uno de oído y si es especialista en otoneurología mucho mejor, pero normalmente no es así. La neurociencia significa un gran avance por la neuroplasticidad cerebral, aunque cuando se produce el acúfeno se disfunciona; pero haciendo las terapias adecuadas nos puede recuperar. Y después de todas esas pruebas, idas y venidas por los especialistas, se nos dice que no tenemos un tumor, que no estamos sordos y que deberíamos estar contentos con eso. Así pues, acabamos delante de un psiquiatra que no entiende nada y nos receta pastillas, muchas veces ototoxicas.

Es necesaria que exista empatía por parte del especialista para alimentar la resiliencia del paciente, ya que venimos marcados por la incomprensión y bastante sobre leídos. Mientras tanto, habremos buscado soluciones a la desesperada en internet donde hay de todo, productos milagro de los que muchos se fian buscando la curación milagrosa. También caemos en manos de médicos y clínicas de todo tipo, muchas válidas, pero otras no. Si pudiésemos estar bien informados desde el principio este camino no sería tan duro. Un buen comentario, el sentirse comprendido, conocer las asociaciones existentes, etc. nos hace mucho bien.

### **Yo tengo un acufeno ¿Cómo se maneja? Dr. Francisco José Sáez Martínez. Médico de familia, Vicepresidente de SEMG. Arganda del Rey. Madrid**

El Dr. Sáez agradece a AMORL la oportunidad de estar en el Simposium y sobre todo poder compartir estos momentos con pacientes.

Inicia su ponencia diciendo que el problema que tiene el acúfeno es que nadie se muere de eso y esto hace que se olvide, lo que es una situación penosa en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y también en los de toda España. La calidad de vida del paciente puede importar al médico de familia, pero poco al Sistema Sanitario ni a muchos profesionales. El gran problema de los acúfenos es cómo afecta a la persona y cómo cambia su calidad de vida.

El acúfeno es muy frecuente, un 30 % de la población se ha visto afectado alguna vez, un 15 % los tiene de forma continua y un 1 % está mal o muy afectado. Pero el índice de consultas por este motivo en Asistencia Primaria es sólo de un 7 %, posiblemente porque el acúfeno es todavía un signo de estigma social, "van a pensar que estoy loco", con lo cual no voy. Voy a la parafarmacia, al herbolario, etc.

Hay muchos causas y eso obliga a hacer un abordaje diferente por su origen. Es una enfermedad con mala prensa, no es una actividad exitosa. Y en cuanto a los fármacos, el manejo que se hace de ellos en este país es altamente peligroso. Hay muchos motivos detrás de un acúfeno: esclerosis múltiple, tras un ictus, tumores cerebrales, artrosis cervical, drogas ototóxicas que nos prescriben y tomamos.

Cuando llega un paciente con un acúfeno, lo primero que debemos saber es cómo es su acúfeno y no derivarlo a un otorrino sin más. Hacer un test para saber cómo es el acúfeno y una exploración física; son cosas

que deberían de hacerse, pero con 5 minutos por paciente resulta complicado hacerlo. Así pues, esto que parece tan sencillo es muy complejo.

Hay una serie de pruebas que habría que realizar para descartar una patología cardiovascular, control de la presión arterial, electrocardiograma, ecografía, etc. Pruebas complementarias siempre que se sepa lo que se busca. Lo que si puede ayudar es hacer una audiometría y pruebas para ver si hay clínicas de vértigos asociadas, pruebas vestibulares. Pero cuando se han realizado todas estas pruebas, la actitud general es “hasta aquí llego yo”, volante y al otorrino. De todas maneras hay algunos criterios que deberíamos manejar: el tipo de acúfeno, si es pulsátil o continuo, unilateral o bilateral, el componente emocional, si está asociado a otro tipo de síntoma, tumores, o vértigos.

Comparto con AMAT que debería de haber algún tipo de protocolo ya que puedes acabar en un otorrino después de tres meses, que te manda al otorrino del hospital tres meses después. La solución es que si existe una patología clara, con un diagnóstico, es decir, debería de haber una vía clínica de rápido acceso que resolviera la situación.

Hay muchos tipos de tratamiento, no hay un tratamiento mágico, pero lo primero es el apoyo psicológico y el abordaje, que es la clave. Reentrenamiento auditivo, enmascaramiento. El acúfeno tiene múltiples tratamientos dependiendo de su origen o causa. Lo que sirve para uno no consigue nada en el otro. Muchas observaciones no deberían salir de la boca de un médico y menos sin un diagnóstico. Otro tema son los fármacos, que se manejan con mucha alegría, los anestésicos intravenosos, la acupuntura, la estimulación magnética, todo eso no vale para nada y no lo deberíamos recomendar nunca. Lo que queda claro es que una vez realizado un diagnóstico no existe ningún tratamiento eficaz para resolverlo todo.

La prevención es uno de las mejores maneras de evitar el acúfeno, pero tal y como se manejan hoy en día los aparatos electrónicos con sonidos altos o muy altos, si la aparición de acúfenos ya es alta va a ser mucho más frecuente.

Necesitamos un diagnóstico y una valoración de tratamiento especializado por parte de los médicos de familia, que son los que pueden influir en esa situación. Sobre todo el reforzamiento positivo al paciente, animar al paciente, técnicas de relajación, distracción, seguimiento al paciente cada 18 meses dentro del protocolo, empoderamiento del paciente.

Cuando un médico de familia atiende un acúfeno, la información que se genera queda para siempre en el historial médico del paciente, y debería servir de aviso para no recetar medicamentos ototóxicos.

Aunque también debemos tener en cuenta que con el envejecimiento de la sociedad, es difícil que podamos seguir manteniendo el ritmo actual de consulta en la Asistencia Pública, será muy difícil la financiación del servicio a corto plazo. Lo más importante en estas circunstancias es tener un paciente informado, que sabe lo que tiene, que esté empoderado, no intoxicado, que es el término adecuado para la información de internet. Con todo ello es con lo que deberemos trabajar e ir avanzando.

### **Yo tengo un acúfeno, ¿qué me aconsejan? Dr. Carlos Asensio Nieto. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo**

La definición de la OMS sobre calidad de vida es la manera en la que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

No todos los pacientes que sufren acúfenos ven afectada su calidad de vida, ya que entre un 3 y un 57 % mejora espontáneamente, ya sea porque desaparece la causa primaria o el cerebro considera que la señal es irrelevante o porque se han desarrollado de manera natural estrategias de habituación, de atención o de reforzamiento emocional. Pero hay un grupo de pacientes que reacciona de forma negativa ante este problema

y no les podemos dar una explicación de una causa primaria. Como resultado, un círculo vicioso que trae consigo el empeoramiento de la percepción del acúfeno y un distrés emocional.

El porcentaje de afectación se dispara a partir de los 60 años. También habrá cambios en la calidad de vida del paciente que, además, tenga otras enfermedades asociadas, como hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, ansiedad o depresión. Entre un 25 y un 77 % de los casos padece alteraciones del sueño, lo que conlleva muchas veces disminución en la capacidad de concentración, ira, frustración. Pueden aparecer también trastornos psiquiátricos, depresión del 48 al 60 % de los pacientes, fobias sociales o trastornos del comportamiento.

No hay tratamiento claro con fármacos y tenemos múltiples tratamientos alternativos. En medicina esto significa que ninguno va todo lo bien que querríamos y que debemos jugar con un montón de variables. La mejor actuación es recoger la mayor cantidad de información del paciente para hacer un buen diagnóstico y así poder diseñar una intervención temprana con objeto de que si el paciente sufre un trastorno por la situación se alivie lo antes posible.

¿Qué herramientas tenemos para trabajar? Cuestionarios sobre calidad de vida y salud. Con estos cuestionarios sabremos cómo el acúfeno afecta a lo social, emocional y físico en cada persona concreta. Es la reacción, más que la presencia del acúfeno lo que diferencia a una persona sin acúfeno de un paciente con acúfeno, y la evaluación y la intervención temprana deben ir orientarse a que el paciente no sufra esa transformación.

La **Dra. Nieves Mata**, presidenta de la AMORL, agradece a los componentes de AMORL su participación en el Simposium, y al **Dr. De Vergas** haber podido organizar el encuentro en el Hospital 12 de Octubre. Es un gran oportunidad para que los pacientes tengan voz y se genere una conciencia del problema, lo cual es muy importante, ya que concienciar a los otorrinos que hoy no están aquí es un objetivo de la Asociación.

AMORL se compromete a realizar una guía/protocolo de actuación ante el paciente con acúfenos con la información aportada por los expertos. Este encuentro lo consideramos una oportunidad para todos. Los acúfenos no son un problema individual, son un problema de la comunidad y por eso como asociación nos comprometemos a poner los medios que estén en nuestras manos.

Finalmente interviene el **Dr. Joaquín de Vergas** que agradece a los asistentes su presencia, reitera las palabras de la Dra. Mata y da por cerrado el Primer Simposium de Pacientes con Acúfenos.

**El texto que refleja lo expuesto en el simposium, ha sido recogido por uno de los pacientes asistentes al acto, y su redacción definitiva no ha sido revisada por los ponentes participantes. Por ello, nos disculpamos si en el texto hubiera alguna inexactitud con respecto a lo expuesto por los ponentes.**

**Bono, cantante de U2 tiene acúfenos, y algunas de las letras de sus canciones lo reflejan.**



## Un estudio sobre la enfermedad de Ménière

Hemos visto en France Acouphènes que en Francia se va a realizar el ensayo clínico de un nuevo tratamiento de la enfermedad de Ménière, que asocia crisis de vértigo con acúfenos e incluso con pérdida auditiva. Nos consta que algunos de nuestros socios además de acúfenos, sufren este trastorno, por lo que estimamos que puede ser útil traducir y publicar esta información.

Se trata de un tratamiento denominado Protocole OTO-104, del cual desconocemos la naturaleza, ya que no se indica en la información que hemos visto. Para participar en el ensayo clínico es preciso estar diagnosticado de enfermedad de Ménière y tener una edad entre 18 y 85 años. El ensayo se realizará simultáneamente en 7 centros hospitalarios situados en París, Tours, Strasbourg, Toulouse, Rennes, Nancy y Montpellier. Desconocemos la duración del tratamiento y si los voluntarios que participen deberán acudir una o varias veces al correspondiente hospital, pero de todos los detalles del estudio los interesados pueden informarse en: **Tel.: 0 805 08 07 79 (número gratuito); [www.menierecherche.fr](http://www.menierecherche.fr) e-mail: [menierediseasestudy@cssienroll.com](mailto:menierediseasestudy@cssienroll.com)**

Al margen de que los afectados que vean esta información participen o no en el estudio, será interesante conocer sus resultados ya que, si fueran positivos, serían una esperanza cierta para las personas con enfermedad de Ménière, que es un trastorno muy incapacitante. Trataremos de conocer los resultados del ensayo clínico, y publicaremos las noticias que tengamos sobre este particular. Esta información la comunicamos a la asociación ASMES en cuanto tuvimos conocimiento de ella.

### Noticia de ASMES

En ocasión de la Asamblea General Ordinaria de Socios de ASMES celebrada en Granada, algunos componentes de la Junta Directiva de la Asociación visitamos el laboratorio de Otolología y Otoneurología-Genómica de Trastornos Vestibulares del Centro Pfizer - Universidad de Granada - Junta de Andalucía, de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO). Como sabéis, el equipo de investigación, liderado por el Dr. López Escámez, es un referente mundial en la investigación sobre el síndrome de Ménière.

Pudimos visitar las instalaciones, y en una interesante charla se habló de formas de colaboración para que ASMES y sus asociados, o cualquier persona, pueda apoyar económicamente sus líneas de investigación actuales a través de ASMES.

El Dr. López Escámez también nos habló de sus hallazgos sobre el origen del síndrome de Ménière (como los genes implicados en el Ménière familiar) y a modo de conclusión nos explicó que:

1. La enfermedad de Ménière es un grupo de enfermedades raras (diferentes orígenes).
2. Tiene una base genética, causada por 50 a 100 genes de los que solo conocemos unos pocos.
3. Su equipo ha identificado un nuevo mecanismo que regula la inflamación en un 15% de los pacientes y que puede ser diagnosticado y tratable.
4. El tratamiento de la enfermedad de Ménière terminará siendo personalizado según clínica y diagnóstico molecular.



## ¿Quieres ser miembro de nuestra asociación?

Para que una asociación sea efectiva y pueda trabajar bien respaldada, tanto social como económicamente, necesita tener un elevado número de asociados. Nuestra asociación no cuenta con otras fuentes de ingresos que la cuota anual de 20,00 € que satisfacen nuestros asociados y una subvención del Ayuntamiento de Barcelona que representa aproximadamente el 18 % del presupuesto anual.

Si quieres colaborar suscríbete y envíanos el boletín de inscripción adjunto debidamente rellenado a:

APAT, C. Providència, 42, 08024 Barcelona.

Si lo prefieres puedes enviarlo por correo electrónico a: [jims@es.inter.net](mailto:jims@es.inter.net)

Nombre y apellidos.....

Dirección .....

Código postal .....Localidad .....

Año de nacimiento.....Teléfono.....DNI .....

Correo electrónico.....

Cuenta bancaria para domiciliación de las cuotas (indíquese el IBAN):

.....

.....a ..... de .....de .....

Firma:

# GAES {serena}

La Terapia Integral desarrollada por GAES para silenciar el tinnitus y devolver la calma a las personas que lo padecen



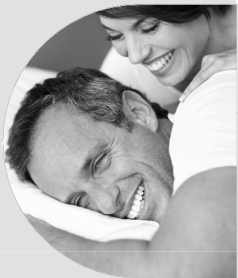
## Paso 1: EVALUAR EL PROBLEMA

Le ofrecemos la tecnología más avanzada para evaluar su acúfeno **Mediante una extensa entrevista personal y un completo programa de pruebas audiométricas,** le ofreceremos una valoración de la incapacidad que provoca el acúfeno en su vida.



## Paso 2: TRATAR EL ACÚFENO

Una solución personalizada para cada paciente. Nuestros profesionales le ofrecerán el tratamiento más adecuado para recuperar el confort auditivo. Las soluciones de GAES Serena proporcionan **un sonido terapéutico que desvía la atención del acúfeno hasta llegar a ignorarlo.**



## Paso 3: CONVIVIR CON EL TINNITUS

Notará una mejora inmediata de su calidad de vida. La experiencia de nuestros clientes es la mejor garantía de éxito.

Tras realizar la terapia

El **84%** de los pacientes **manifiesta una mejora evidente.**

El **78%** **recomendaría la terapia a otras personas.**



David Lirola, 42 años.

"Mi experiencia es totalmente positiva y me ha permitido volver a la normalidad de mi día a día"

Mire el testimonio de David en [www.gaes.es](http://www.gaes.es)

INSTITUTO  
AUDITIVO  
INTEGRAL  
**GAES**  
Especialistas en Audiología

TELÉFONO DE  
INFORMACIÓN  
SOBRE EL TINNITUS

902 09 59 25

91 252 93 91

