



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 * apat@acufenos.org * www.acufenos.org

SUMARIO

1. La terapia cognitivo conductual TCC 1
2. Fármacos ototóxicos, una vez más 2
3. El fármaco acamprosato 3
4. Acúfenos e implantes cocleares 4
5. ¿Qué es estrés? 6
6. Neutralizar la percepción negativa de los acúfenos 9
7. Tinnitus musical 11
8. Protocolos (*guidelines*) de actuación clínica ante el tinnitus 12
9. Recomendaciones de actuaciones preventivas en odontología para afectados por tinnitus 15
10. Bob Dylan tiene acúfenos 17
11. Comunicado de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 18

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Todos lo que tenemos acúfenos sabemos que existen una serie de terapias que se ofrecen para curar total o parcialmente los acúfenos, y otras terapias cuyo objetivo es conseguir que el acúfeno afecte poco o nada la calidad de vida del afectado, gracias a conseguir la habituación al acúfeno, el cual no se habrá curado pero el paciente no lo percibirá durante un tiempo y cuando lo perciba no le resultará agresivo.

Sobre las terapias que se ofrecen para curar (eliminar) los acúfenos hemos venido informando en esta modesta revista en cuanto hemos tenido información de las mismas, pero en ningún caso hemos podido añadir a la información una recomendación a realizar la terapia, dado que las referencias sobre su eficacia procedían en todos los casos de las instituciones (clínicas, consultorios) que las realizaban, lo que podría inducir a informaciones escasamente objetivas.

En cuanto a las terapias que se proponen para habituarse al acúfeno hemos informado en varias ocasiones sobre la Terapia Cognitivo Conductual TCC y sobre la *Tinnitus Retraining Therapy* TRT. En la aplicación de la TCC hemos adquirido una experiencia que deseamos compartir con todos nuestros socios.

Accediendo a las páginas web de las asociaciones de afectados de distintos países, se puede comprobar que es la terapia más aplicada en todo el mundo.

Desde que la pandemia del Covid-19 nos llevó a utilizar las reuniones on.line, realizamos mensualmente una reunión de grupo, que sospechamos que algunos de nuestros socios desconoce, y por ello les invitamos a participar en las reuniones vía Zoom que realizamos los primeros miércoles de cada mes a las 19,00 horas (hora peninsular española), las próximas los días 6 de septiembre, 4 de octubre, 1 de noviembre y 6 de diciembre. Estas reuniones están dirigidas por los psicólogos que colaboran con APAT, especialistas en el tratamiento de los acúfenos (tinnitus). Para participar en las sesiones vía Zoom, hay que acceder al siguiente link:

<https://zoom.us/j/7162584745?pwd=NldkSIVMRW5CSVFBcnc4YS9VRGVUTUT09>

En el caso que le pidieran un password, deberá introducir: APAT. Se recomienda conectarse 15 minutos antes para comprobar que todo funciona correctamente. Una vez conectado, se dará acceso a la reunión a las 19,00 horas. Para cualquier duda o aclaración puede contactar por email a sergi@psicoacufenos.com o por WhatsApp al 625.30.13.35

El formato de las reuniones vía Zoom, tiene el inconveniente de que se pierde el contacto personal entre el paciente y el terapeuta, y tiene la ventaja de que pueden participar interesados sea cual sea su lugar de residencia sin necesidad de desplazarse.

FÁRMACOS OTOTÓXICOS, UNA VEZ MÁS

Hola buenas tardes. Me llamo Iván, sufro de dolencia de oído desde hace 20 años por culpa de un accidente de tráfico y perdí la audición en uno de ellos y el otro me quedó con acúfenos. Recientemente tengo episodios de ansiedad y me da mucho miedo tomar medicación sin saber su ototoxicidad. Hoy en día los médicos me han demostrado que recetan y no miran estas cosas o dan por hecho que no lo son cuando si lo son. Os encontré por Internet y me encantaría que me pudierais enviar de vuestra organización una lista actualizada de medicamento que podemos tomar y no podemos tomar. Mu-chísimas gracias por vuestra atención. Saludos.

Hola, buenos días. Tenemos un informe que publicamos a finales de 2018 y se lo adjuntamos. Este informe se revisará a finales del presente año, debido a que en 5 años ha habido informaciones nuevas, fármacos nuevos y fármacos que ya no están en el mercado. La ototoxicidad de algunos fármacos, como usted bien dice, no suele ser tenida en cuenta por algunos médicos al prescribir fármacos para distintas dolencias, sin saber ni preguntar si el afectado tiene acúfenos, aunque si lo supieran probablemente estaríamos más o menos en las mismas. Tenga en cuenta que lo que describe este informe son los fármacos que tienen el riesgo de ser ototóxicos y agravar los acúfenos. Es decir, puede haber fármacos que sean muy ototóxicos para una persona y no lo sean para otra. Tenemos muchos testimonios de ello. Que sean o no lo sean puede depender de las dosis, del tiempo de prescripción, del estado de salud de la persona e incluso de interacciones farmacológicas con otros fármacos que el paciente esté tomando. Saludos. APAT

Buenos días. A principio de mayo comencé un tratamiento con 50 mg de trazodona por la noche por problemas de insomnio. Tras 5 semanas con el tratamiento comencé a notar zumbidos y pitidos en los oídos, y al ver que no desaparecían acudí a mi médico de cabecera el cual me dijo que podía ser el medicamento pero no quiso que lo suspendiese. No le hice caso y lo suspendí ese mismo día. Hace ya 1 semana que no tomo trazodona y sigo teniendo los mismos zumbidos y pitidos. Me gus-

**taría saber si me podéis recomendar algún médico especialista en acúfenos, ya que estoy deses-
perada, con constantes ataques de ansiedad e insomnio y no se a quien acudir. Gracias de ante-
mano. Un saludo.**

Patricia

Después de averiguar el lugar de residencia de nuestra comunicante para saber si teníamos referencias de algún médico especialista en acúfenos de su zona, le explicamos que el efecto ototóxico de la mayoría de los fármacos es transitorio, es decir, una vez se ha dejado de tomar el fármaco, tarde o temprano el cuerpo lo elimina y el efecto ototóxico desaparece. Algunos fármacos utilizados en quimioterapia, las aspirinas en tratamientos de larga duración y algunos diuréticos pueden generar ototoxicidad duradera que no remite al dejar de tomar el fármaco. Sobre la trazodona no tenemos información específica, por lo que cabe esperar que su ototoxicidad sea transitoria, y en cuanto se haya eliminado el fármaco, su ototoxicidad irá desapareciendo.

La trazodona es un antidepresivo que pertenece al grupo de las triazolopiridinas, estando indicado en el tratamiento de depresiones sintomáticas, endógenas y estados mixtos de depresión y ansiedad. También para casos de agresividad, trastornos emotivo-afectivos, temblores y como medicación preanestésica y postoperatoria. No se recomienda a menores de 18 años, y debe tomarse con precaución en casos de hipertensión, alteraciones cardiovasculares, epilepsia, esquizofrenia, y en pacientes que tomen otros psico-fármacos y antihipertensivos. Su ficha técnica no advierte de su posible ototoxicidad.

Comentario. El facultativo que prescribió la trazodona para tratar el insomnio no había leído el mismo Diccionario de Fármacos que nosotros hemos consultado, en el que no se señala que la trazodona sea indicada para tratar el insomnio.

EL FÁRMACO ACAMPROSATO

Juan Luis de Alicante, nos envió el correo siguiente: Hola, tengo 50 años y sufro acúfenos desde hace dos años y voy a peor. Estoy tratándome en una clínica de Murcia pero hasta ahora, la verdad sin resultados. Necesito ayuda y por eso me pongo en contacto con ustedes. Me van a hacer una prueba en el hospital para ver si me vienen del riego sanguíneo. Estoy tomando Campral 333 mg, es un tratamiento que ha recetado el otorrinos de Murcia, yo soy de Alicante. Llevo tomándolo un mes y de momento nada de nada.

En respuesta a su correo hemos invitado a Juan Luis a conectarse a una reunión telemática con los psicólogos que colaboran con nuestra asociación, con objeto de que pueda recibir información sobre las terapias cognitivo conductuales TCC, que, por ahora y mientras la medicina no tenga una solución para nuestros acúfenos, son las terapias más utilizadas en todo el mundo; no curan los acúfenos pero el afectado aprende a convivir con ellos de forma que afecten poco o nada su calidad de vida.

En cuanto al fármaco Campral que Juan Luis está tomando desde hace un mes, aunque por ahora no tenga resultados, recordamos que en el año 2015 habíamos tenido algunas informaciones de su utilización en el tratamiento de los acúfenos. El principio activo del fármaco es el acamprosato, que está indicado en el tratamiento del alcoholismo, y se ha aplicado al tratamiento de los acúfenos. En 2015 una señora que lo había tomado nos escribió para comunicarnos que la intensidad de su acúfeno se había reducido, y nos informamos de un otorrino chileno que lo había utilizado con éxito en varios pacientes, no con todos, y se lamentaba de que no había podido probarlo con un mayor número de ellos, debido a que el fármaco había dejado de dispensarse en Chile. Toda esta información se recogió en Apat38 de septiembre de 2015 y en Apat40 de marzo 2016.

El hecho de que nos enteremos de que ahora se prescribe, y que durante 8 años no hayamos tenido noticias del fármaco, nos ha inducido a tratar de saber más sobre su posible efectividad, con objeto de informar a nuestros socios si en algún momento tuviéramos noticias positivas en relación a la prescripción del acamprosato.

ACÚFENOS E IMPLANTES COCLEARES

Esta información fue preparada por British Tinnitus Association para ayudar a saber más sobre el acúfeno si el lector tiene un implante coclear o está pensando en que le implanten uno.

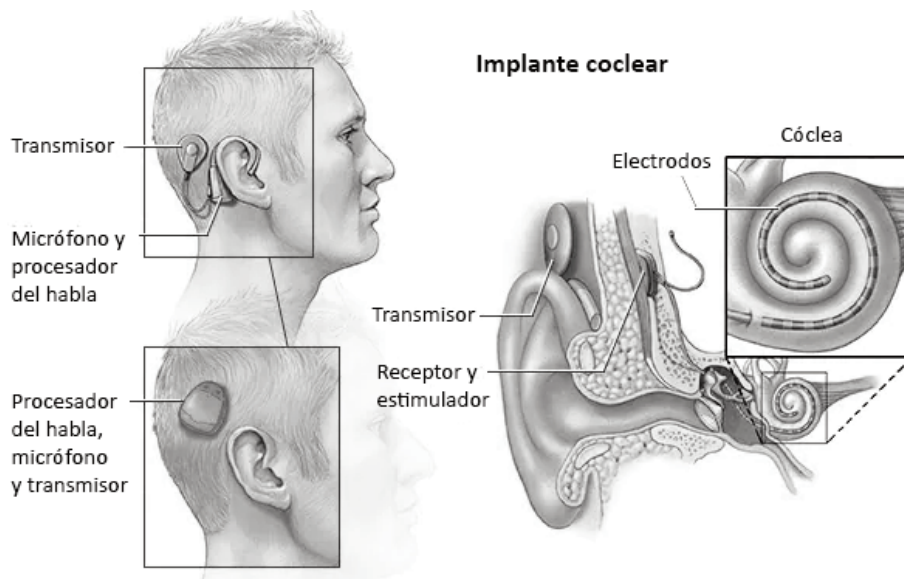
¿Qué es el acúfeno?

Acúfeno es el término utilizado para describir la percepción del sonido en ausencia de un sonido externo correspondiente. Es común y se encuentra en todos los grupos de edad, incluso en niños pequeños. Entre el 10 y el 15 % de los adultos experimentan acúfenos en algún momento de sus vidas. Es más común en personas que tienen pérdida auditiva u otros problemas de oído, aunque algunas personas con audición normal también experimentan acúfenos. Se estima que el 80 % de las personas con pérdida auditiva severa-profunda experimentan tinnitus.

¿Qué es un implante coclear?

Un implante coclear es un pequeño dispositivo electrónico que puede mejorar la audición de personas con pérdida auditiva severa-profunda que no se benefician lo suficiente de los audífonos.

El implante consta de dos partes; el procesador de sonido, que se lleva externamente como un audífono, y el propio implante coclear que se implanta quirúrgicamente en el oído interno (cóclea). Actualmente hay unas veinte mil personas en el Reino Unido con un implante coclear. Se puede obtener mayor información sobre los implantes cocleares en su otorrinolaringólogo habitual y en el sitio web del Grupo Británico de Implantes Cocleares (BCIG) bcig.org.uk



¿Puede un implante coclear aliviar la percepción del acúfeno?

Las mejoras en la audición y la calidad de vida de un implante coclear están bien documentadas y hay estudios que muestran una mejora en el acúfeno después del implante coclear. Sin embargo, aproximadamente el 5 % de las personas informan que su acúfeno empeora o desarrollan un nuevo acúfeno. Si bien es cierto que muchas personas encuentran que un implante coclear mejora su acúfeno, no hay una garantía absoluta de que se produzca tal mejora.

Acúfenos antes de la intervención quirúrgica del implante coclear

Durante la evaluación para decidir sobre el implante, los facultativos correspondientes preguntarán sobre

el acúfeno. Si es particularmente molesto, los propios facultativos podrán concertar una cita con un especialista en acúfenos para estudiar su situación y analizar las posibilidades de aliviar la molestia causada. Para algunas personas, la ansiedad por la operación del implante puede hacer que su acúfeno parezca peor. Puede ser útil hablar con alguien que ya esté usando un implante coclear y que ya haya pasado por la experiencia.

Acúfenos entre la intervención quirúrgica para instalar el implantes y su «encendido»

Después de la cirugía, es posible que no note ningún cambio en su acúfeno; el sonido puede volverse menos perceptible; y el sonido puede cambiar. Todo ello es normal. Durante la operación, el cirujano empuja lentamente el conjunto de electrodos hacia la cóclea, lo que puede magullar o dañar algunas de las delicadas estructuras del oído interno, lo que puede hacer que la audición empeore, pero no afectará a los resultados finales con el implante coclear. Después de la cirugía, se recomienda que no se utilice un audífono en el oído que ha sido operado. Como resultado, puede ser más consciente de su acúfeno debido a una reducción del sonido externo. Las células dañadas también pueden enviar señales «falsas» al cerebro que éste puede escuchar como acúfeno.

Si el acúfeno comienza o aumenta después de la operación del implante, es útil saber que esto generalmente desaparece con el tiempo después de que el implante se haya «encendido» y se haya ajustado.

Acúfenos después de «encender»

Después de «encender» un implante coclear, deberá realizar una o varias visitas al facultativo, para ajustar la configuración. Este proceso se llama «ajuste», «mapeo» o «programación».

Su cerebro tardará un tiempo en acostumbrarse a recibir las nuevas señales cada vez que se realiza un cambio en la configuración. A veces, esto puede provocar cambios en el acúfeno. La mayoría de las personas encuentran que su acúfeno se estabiliza una vez que se han finalizado los ajustes de su implante coclear. Si hay un cambio repentino en su acúfeno, deberá comunicarse con los facultativos que hicieron el implante.

Con el implante, escuchará muchos sonidos nuevos que quizás no haya podido escuchar con los audífonos. Al principio, puede resultar difícil distinguir entre los sonidos ambientales y el del acúfeno. Si apaga el procesador de sonido y el sonido sigue ahí, es probable que se trate del acúfeno. Si el sonido desaparece cuando quita el procesador de sonido, probablemente sea un sonido ambiental que está escuchando a través de su implante coclear.

Manejo del acúfeno

Actualmente no existe una cura conocida y segura para el acúfeno, sin embargo, existen muchas estrategias de manejo que pueden ayudar. Si está preocupado por el acúfeno cuando esté utilizando el implante coclear, le interesará mayor información sobre el acúfeno, tratar de conocer y comprender todos los factores que pueden aumentar su percepción y aprender estrategias para afrontarlo.

La mayoría de las personas descubren que escuchan menos el acúfeno cuando «encien» el implante coclear. Si su implante no le ayuda con su acúfeno, es importante que lo comunique al cirujano que hizo el implante, ya que es posible que necesite revisar su configuración.



Todos los implantes cocleares tienen piezas que deben reemplazarse con regularidad, como filtros de micrófono y cables.

Acúfenos y sueño

La alteración del sueño nos afecta a la mayoría de las personas en alguna etapa de su vida. Existen varias técnicas para ayudar cuando se sufren acúfenos y trastornos del sueño.

Cuando se quita el procesador de sonido por la noche, es posible que tenga dificultades para oír. Sentirse ansioso por no oír por la noche puede aumentar la conciencia del acúfeno. Si está ansioso por causa de los sonidos «perdidos» puede notar más su acúfeno por la noche debido al cambio de un ambiente diurno relativamente ruidoso a la tranquilidad del dormitorio. Tener algún sonido de fondo (conocido como enriquecimiento de sonido) puede ayudar a que su acúfeno sea menos intrusivo y le permita dormir mejor.

Algunas personas utilizan su procesador de sonido por la noche para aliviar el acúfeno, pero esto solo debe hacerse después de consultar con el facultativo.

Cosas clave para recordar

- El acúfeno es común en personas con pérdida auditiva severa-profunda.
- El objetivo principal de un implante coclear es mejorar la audición.
- Los implantes cocleares pueden aliviar la percepción del acúfeno en algunas personas; sin embargo, también hay personas cuyo acúfeno no mejora después del implante coclear.
- Los cambios en el acúfeno después de la cirugía son comunes y a menudo son de corta duración.
- Se necesita tiempo para acostumbrarse al implante; es posible que escuche sonidos familiares de manera diferente e incluso puede escuchar sonidos cuando normalmente esperaría el silencio.

¿QUÉ ES ESTRÉS?

Casi todo el mundo experimenta estrés en algunos momentos de su vida. El estrés aparece cuando las demandas que se hacen a la persona superan a sus recursos: capacidades biológicas, psicológicas o sociales. Ocurre, por tanto, cuando las demandas son muy altas, lo que, coloquialmente, equivale a tener mucho que hacer.

El estrés no es siempre malo para la salud; una cantidad limitada de estrés puede ser positiva y ser una ayuda para concentrarse en las actividades que la persona tenga entre manos. La liberación de hormonas consecuencia del estrés puede ayudar al cuerpo a hacer frente a una situación peligrosa o a escapar a un lugar seguro en caso de peligro. Las hormonas del estrés aumentan por la mañana, lo que nos ayuda a despertarnos y a levantarnos de la cama.

Los síntomas del estrés varían mucho de una persona a otra. Algunos síntomas comunes de estrés a tener en cuenta son: sentirse tenso; latidos del corazón acelerados; dificultad para respirar o un cambio en la respiración, por ejemplo, muchos bostezos o suspiros; estómago revuelto, 'mariposas' o náuseas; transpiración; necesidad frecuente de ir al baño (para vaciar los intestinos o la vejiga o ambos); pobre concentración; sueño interrumpido.

Cuando la persona se encuentra en una situación que el cuerpo percibe que es estresante, a menudo los pensamientos se centran en lo negativo. Estos pensamientos suelen sugerir que la situación en la que se encuentra va a ser demasiado difícil de manejar: *no puedo hacer frente a esto; esta situación me supera; nunca voy a estar bien de nuevo*; etc. Cuando se está estresado es fácil concentrarse mucho en lo que lo está estresando, lo que dificulta la concentración en otras cosas, pudiendo significar que el problema parecerá crecer en importancia.

Algunos comportamientos pueden ayudar a mantener los sentimientos de estrés, y también pueden convertirse en problemas propios pudiendo conducir a otros sentimientos negativos, como el desánimo, o a dejar de hacer cosas que gustan, como ver amigos, pasatiempos, leer o hacer ejercicio físico; y lo contrario: hacer algunas cosas para tratar de controlar el estrés, como beber alcohol, fumar, quedarse en la cama o usar muchas distracciones (por ejemplo, largos períodos en Internet o viendo la televisión).

Causas del estrés

Muchos factores pueden contribuir al estrés: las situaciones, los pensamientos y los comportamientos actuales. La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) puede ser una ayuda para entender cómo afectan los distintos factores que contribuyen al estrés, lo que ayudaría a comprender por qué se experimenta estrés, por qué el estrés continúa y cómo pensar en formas que podrían ayudar a reducirlo.

El modelo TCC sugiere que cómo te sientes, ya sea triste, preocupado, estresado o feliz, está fuertemente influenciado por lo que piensas y haces. No es solo lo que te sucede lo que te hace sentir estresado, sino la forma en que piensas sobre los hechos que te estresan. Por ejemplo, imagine que es de noche y está dormido cuando de repente le despierta un ruido. Podría pensar: *¡Alguien ha entrado en la casa!* y asustarte muchísimo, o bien podría pensar: *Es el gato que regresa a casa* y sentirte aliviado. Pueden pensarse un gran número de cosas. El modelo TCC propone que la forma en que uno se siente esté determinada en gran medida por sus pensamientos sobre una determinada situación y no solo por la propia situación.

La relación entre el estrés y el tinnitus

La forma en la que las personas responden al tinnitus varía mucho de unas a otras. Para algunas personas se considera el mayor estrés de su vida, mientras que otras responden de forma neutral y tranquila sin alterarse lo más mínimo. Podría suponerse que esta diferencia se debe a que diferentes personas tienen diferentes tinnitus lo que tendría sentido, pero la evidencia de la investigación sobre el tinnitus no respalda esta idea. En cambio, la razón por la que una persona está estresada por su tinnitus y otra no lo está, se debe a que tienen diferentes ideas o creencias sobre el tinnitus.

Las personas que están estresadas por su tinnitus tienden a mostrar signos de desesperación, desesperanza, pérdida de alegría, etc. Les preocupa que nunca tendrán paz y tranquilidad y creen que los demás no les entienden; les duele la persistencia de su tinnitus, desean escapar de él y preocuparse por su salud. Cuando se piensa en estos términos, el tinnitus se suele asociar a una gran cantidad de estrés.

Los factores emocionales y físicos, incluido el estrés, se han relacionado con la aparición del tinnitus. Aunque no siempre está claro si el estrés provoca la aparición del tinnitus o si es un factor contribuyente, es frecuente que el tinnitus comience en momentos de mucho estrés o después de un período de estrés. También es común que el tinnitus existente empeore durante los períodos de mucho estrés. Para algunas personas, el tinnitus actúa como su barómetro del estrés, que a menudo empeora cuando pasan cosas difíciles en su vida. Por supuesto, el empeoramiento del tinnitus cuando ya se siente estresado puede agregar otra carga y conducir a un círculo vicioso ya que nuevos factores de estrés influyen en el tinnitus, y éste a su vez aumenta el estrés.

Atención y habituación

Una forma de entender la relación entre el tinnitus y el estrés es considerar el papel de la atención. Cada minuto de cada día se reciben cientos de informaciones del entorno. No es posible prestar atención a toda esta información al mismo tiempo. Afortunadamente, tenemos un sistema que permite seleccionar lo que se atiende en un momento dado y filtrar el resto (generalmente lo que es repetitivo o sin importancia). Por ejemplo, se puede estar en una habitación con un reloj en marcha. Es un sonido que se ignorará y olvidará que está ahí, a menos que conscientemente este sonido atraiga la atención. La persona se ha acostumbrado al sonido del reloj y ya no lo percibe; esto se llama habituación.

Sin embargo, si una parte de la información se considera amenazante y genera estrés, habrá dificultades para filtrarla o acostumbrarse a ella. De hecho, si la información se considera emocionalmente importante y el cuerpo está en alerta, entonces puede ocurrir lo contrario de la habituación: puede volverse más sensible a la amenaza percibida.

Todo esto es relevante para el tinnitus. Ver al tinnitus como una amenaza para el bienestar, la atención hace centrarse en él, lo que puede llevar a monitorearlo de cerca, como lo haría con cualquier amenaza percibida. Centrar la atención en el tinnitus puede hacer que el tinnitus parezca mucho más fuerte y mucho más intrusivo. Por lo tanto, estos cambios en la atención pueden explicar por qué el tinnitus puede comenzar o empeorar durante los períodos de estrés.

Manejar el estrés del tinnitus

La práctica de la TCC puede ayudar a reducir los sentimientos desagradables, como los generados por el tinnitus que en realidad son efectos adversos del estrés, ya sea que estén asociados al tinnitus o a otras cosas que suceden en la vida.

Véanse algunos consejos para ayudar a controlar pensamientos, reacciones físicas y comportamientos.

Pensamientos

Los pensamientos son extremadamente importantes para influir en cómo una persona se siente. Por lo tanto, puede ser útil prestarles más atención y determinar si son útiles o no. Hay que tratar de descubrir y abordar los pensamientos inútiles sobre el tinnitus.

1. Tener conciencia de situaciones/momentos particulares en los que esté especialmente angustiado por el tinnitus.
2. Preguntarse: ¿Qué pasó por mi mente en aquel momento? y luego escribirlo. No reflexionar, simplemente escribir lo que venga a la mente.
3. Utilizar las siguientes preguntas para evaluar estos pensamientos:

- ¿Qué le dice que el pensamiento es verdadero? ¿Qué evidencia apoya la idea?
- ¿Hay algo que le diga que no es verdad? ¿Qué evidencia tiene en contra?
- ¿Qué es lo peor que podría pasar?
- Si un amigo estuviera pasando por algo similar y le pidiera ayuda, ¿qué le diría?
- ¿Qué le diría un amigo?

Al hacer esto, es posible que pueda desarrollar cosas más útiles para decirse a sí mismo acerca de su tinnitus. Por ejemplo, podría recordarse a sí mismo que el tinnitus no es peligroso y que aún es posible disfrutar de la vida con tinnitus. Cambiar los mensajes que se dicen a sí mismo sobre el tinnitus puede ayudar a reducir el impacto en su vida.

Reacciones físicas

La relajación se puede utilizar como una forma de lidiar con las reacciones físicas asociadas con el estrés. Puede tomar diferentes formas para diferentes personas, pero es posible que desee reservar algo de tiempo para relajarse todos los días. Trate de no esperar que esto ayude a su tinnitus directamente o de inmediato. La mayoría de las personas encuentran útil la relajación, pero requiere tiempo y práctica. En el link que sigue pueden descargarse dos formas de relajación: la respiración diafragmática y la relajación progresiva.

[http://psicoacufenos.com/docs/APAT-Respiracion_Diafragmatica-Relajacion progresiva.mp4](http://psicoacufenos.com/docs/APAT-Respiracion_Diafragmatica-Relajacion%20progresiva.mp4)

Algunas personas encuentran que hacer cambios en sus actividades y comportamiento puede ayudarlos a

manejar mejor su tinnitus. Esto ayuda a centrar su atención en actividades más interesantes y menos en el tinnitus.

Describimos algunas actividades que pueden reducir sus niveles generales de estrés, lo que a su vez también puede afectar positivamente su tinnitus:

- Ejercicio adecuado a su nivel de condición física.
- Empleando tiempo para uno mismo.
- Pasar tiempo haciendo actividades agradables y socializando.
- Resolver problemas o cambiar cosas en su vida que le causan estrés
- Hablando con personas de apoyo, ya sean amigos y familiares o un consejero o psicólogo.

NEUTRALIZAR LA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LOS ACÚFENOS

Desde nuestra más tierna edad nuestro cerebro capta los sonidos a través del sistema auditivo y los clasifica en amenazantes, neutros o no amenazantes. Una vez la mente consciente los ha clasificado quedan grabados en la mente inconsciente, de forma que cuando se escuchan de nuevo se produce una reacción automática al sonido según cómo haya sido clasificado. Los términos mente consciente y mente inconsciente utilizados responden a las áreas del cerebro que reciben los impulsos exteriores, los sonoros en este caso: mente consciente, y al área que los almacena o memoriza que es la inconsciente.

Cuando la mente consciente escucha un acúfeno por primera vez, no puede relacionarlo con cualquier otro sonido que haya escuchado anteriormente, y debido al instinto de supervivencia humano lo clasifica como posiblemente amenazante, y dispone a la propia mente y al cuerpo en posición de alerta máxima ante una amenaza de naturaleza desconocida.

La forma en la que se piensa sobre una situación determina las reacciones emocionales y físicas

La siguiente historia ilustra como la forma en la que se piensa sobre una situación determina las reacciones emocional y física de la persona. Supongamos que usted, lector, está en un vagón de tren muy lleno, como sardinas en la lata, y un pasajero le golpea en la espalda con un paraguas. Lo habitual sería enojarse, y que la cara se enrojezca, la presión arterial suba y aumente el pulso. Se da la vuelta y descubre que no es un paraguas, y en su primera impresión le parece que es un arma. ¿Qué sucede? La cara empalidece, las palmas de las manos se humedecen y la boca se seca. Son cambios físicos basados en los pensamientos sobre el estímulo: el golpe en la espalda con un arma. Inmediatamente se da cuenta de que es una persona invidente que con un bastón intenta mantener el equilibrio en aquella incómoda situación. ¿Qué sucede ahora? El color vuelve a su rostro, le invade un sentimiento de compasión, e intenta ayudarlo para que se acomode lo mejor posible en el vagón. Nuevamente se han producido un conjunto de cambios físicos basados en sus pensamientos sobre el estímulo recibido: un golpe en la espalda.

En nuestro caso el estímulo son los acúfenos, y cambiar los pensamientos que tenemos sobre nuestros acúfenos no solo puede impactarnos mentalmente, también puede impactarnos físicamente.

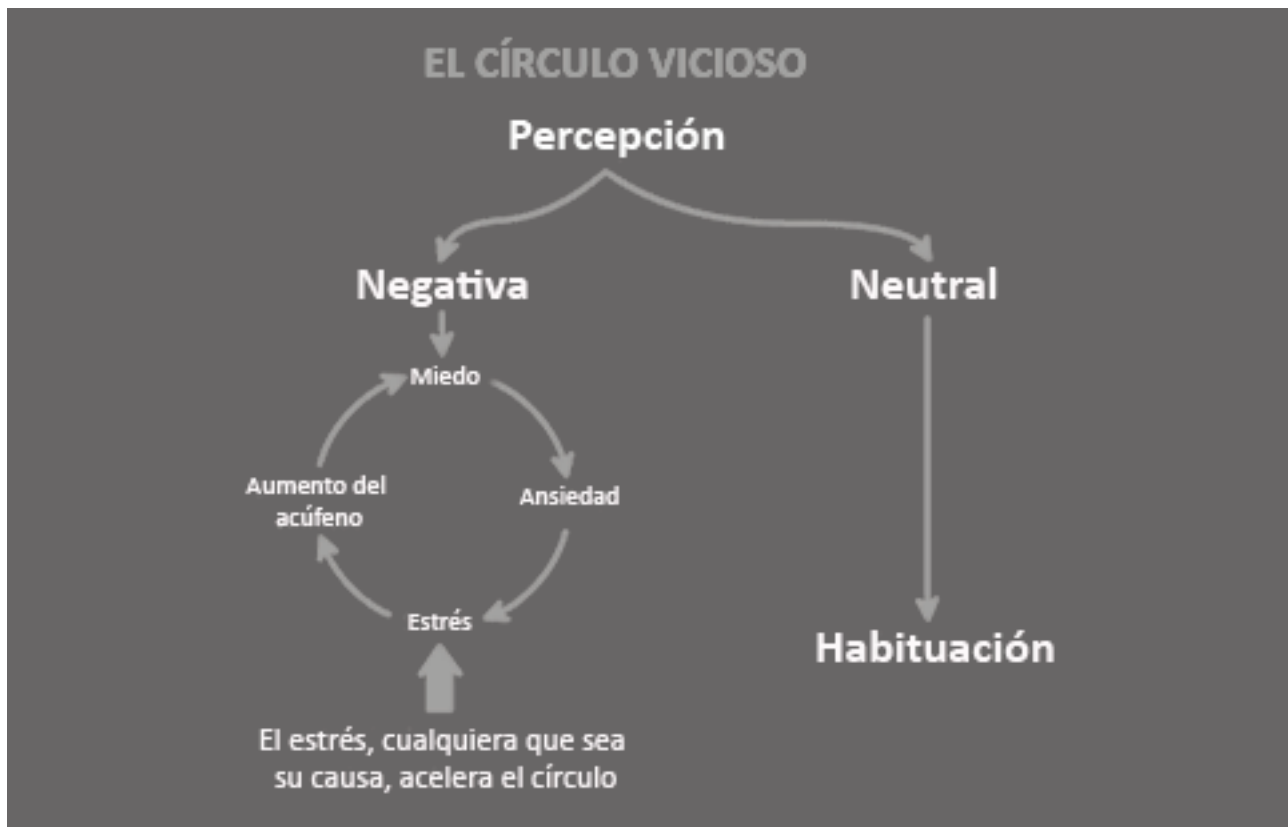
Otro ejemplo de cómo los pensamientos determinan la reacción emocional ante una nueva situación. Tres personas fueron despedidas de sus trabajos. Una de ellas piensa: soy un fracasado, y su reacción emocional es de desesperación, frustración, ira, ansiedad y depresión. Los pensamientos de la segunda persona son neutrales y por ello no tiene ninguna reacción emocional. Los pensamientos de la tercera persona son positivos: tomaré la indemnización, y comenzaré un pequeño negocio que siempre quise hacer; son pensamientos de esperanza y de entusiasmo e incluso de felicidad. Cada persona se enfrentó a la misma situación, pero debido a que cada una de las tres percibió su nueva situación de forma diferente, tuvo una reacción emocional diferente.

En el caso de las personas con acúfenos, si su percepción es negativa la reacción emocional será de deses-

peración, ansiedad e incluso depresión. Si su percepción es neutral pensará: será difícil, pero podré afrontarlo. En cambio si su percepción es positiva pensará: lo manejaré y no dejaré que afecte a mi calidad de vida; la reacción será de control y aceptación, e incluso de optimismo. Cuando un sonido es amenazante o desconocido, la mente subconsciente pone al cerebro y al cuerpo en el modo de supervivencia, sea de lucha o sea de huida.

La transcripción de estos ejemplos ha pretendido poner de relieve que los efectos de los acúfenos dependen de nuestro pensamiento sobre ellos. Dado que el sonido del acúfeno tan solo lo percibe la propia persona, el volumen con el que lo percibe será lo único que cuenta, y depende de dos variables: la magnitud de la señal sonora y el significado asignado a esa señal.

Véase el gráfico que sigue en el que se muestra el círculo vicioso en el que podemos instalarnos. La percepción puede ser negativa o neutral. La primera da lugar a un círculo vicioso en el que tienen lugar, el miedo, la ansiedad y la influencia de situaciones estresantes ajenas a los acúfenos que generan un aumento del volumen percibido, el cual a su vez vuelve a incrementar el miedo, la ansiedad y los propios acúfenos. En cambio, la percepción neutral puede dar lugar a la habituación.



Las terapias actualmente más aplicadas en todo el mundo: la terapia cognitivo conductual TCC y la *Tinnitus Retraining Therapy* TRT, se proponen como objetivo fundamental conseguir que el paciente transforme su pensamiento sobre sus acúfenos en un pensamiento neutral o positivo, superando con ello que los pensamientos negativos del paciente afecten a su calidad de vida, y permitiéndole habituarse a los acúfenos de forma que buena parte del tiempo no los perciba, y cuando lo haga no le sean aversivos.

La consecución de este objetivo es posible, como lo demuestra un elevadísimo número de pacientes en todo el mundo que lo han conseguido.

Una última historia ilustra lo anterior. Un vendedor ambulante llega a un motel para pasar la noche. El encargado le dice que solo tiene una habitación pero en el radiador hay un escape que produce un ruido de muy

poca intensidad. El vendedor acepta la habitación y debido a que está muy cansado duerme toda la noche a pesar del ruidito del radiador. Unos días después vuelve al mismo motel, y el encargado le dice que solo tiene libre la misma habitación en la que el radiador aún no ha sido reparado. El vendedor que está muy cansado toma la habitación, y al recoger la llave el encargado le explica que ayer pasó un circo ambulante y una de las cobras del encantador de serpientes se escapó y aún no ha sido encontrada. El vendedor se instala en la habitación con el ruidito del radiador, pero no consigue dormir en toda la noche. A la mañana siguiente cuando se despide, el encargado le dice que unos minutos después de darle la llave de la habitación, la policía la telefonó para decirle que la cobra había sido capturada. En la primera noche el ruidito del radiador no le impidió dormir; en cambio en la segunda noche saber que había una cobra suelta no le permitió dormir en toda la noche.

La moraleja es que el ruido percibido la primera noche era de una fuente exterior identificada que no presentaba peligro alguno; en cambio en la segunda noche aunque el ruido era el mismo, el pensamiento de que podría ser el ruido de la cobra acercándose resultaba peligroso y no le permitió dormir en toda la noche. En nuestro caso, la cobra es el acúfeno; si al acostarse se percibe un ruido exterior es posible dormir sin problemas, pero si se piensa que es un ruido interno que puede ser una amenaza dormir podrá no ser fácil.

TINNITUS MUSICAL

Mi nombre es Julio Flores Alberca, soy de Perú y desde 1992 tengo hiperacusia y tinnitus, a causa de un trauma acústico en un estudio de grabación, pues soy músico. En el 2006 mi estado se agravó, y a raíz de ello comencé a experimentar una forma de tinnitus musical, pero no del tipo alucinatorio, sino producto de la misma manifestación del tinnitus. Esta forma que adoptó mi tinnitus me terminó ayudando a lograr una habituación en poco tiempo, lo que hasta la fecha me permite convivir con sus sonidos, aun estando intensos. El año pasado (2022), culminé una Maestría en Investigación Musical en la Universidad Europea de Madrid, cuyo trabajo de investigación final (tesis) versó sobre este tipo de tinnitus. El título del trabajo fue El Tinnitus Musical Fisiológico. Dicho trabajo ya se encuentra depositado en el Repositorio del Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI) de mi país, y está disponible para quien la desee leer y/o descargar. Comparto aquí el enlace, por si lo encuentran de interés:

<https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/3412903/1/FloresAlbercaJC.pdf>

En lo que sigue les incluyo un pequeño resumen del trabajo.

El tinnitus o acúfeno (zumbido en los oídos) es un fenómeno auditivo bastante común. Aquel que es crónico y de tipo subjetivo, es el más frecuente y el más perturbador, no habiendo todavía cura, actualmente. El tinnitus musical es una de sus formas. En este trabajo se busca evidenciar la existencia de un tinnitus musical de carácter fisiológico, diferente de aquel llamado genéricamente “tinnitus musical”; y se intenta mostrar su gran prevalencia. Se utilizó una metodología cualitativa, que incluyó tanto entrevistas en profundidad como observación participante y no participante, además de la técnica “bola de nieve”. Las entrevistas fueron individuales y no estructuradas, y se realizaron con integrantes de un grupo de tinnitus en Facebook, el más numeroso en idioma español, del que soy miembro. La observación participante y no participante provino de las diversas publicaciones y comentarios que, sobre el tema, aparecieron en dicho grupo. El resultado del estudio ha confirmado la presencia e incidencia del tinnitus musical fisiológico en el grupo de Facebook estudiado, y, asimismo, ha resaltado su diferenciación del llamado tinnitus musical de carácter alucinatorio. Estos hallazgos abren la posibilidad de poder aprovechar sus probables características eufónicas para ayudar a los pacientes a alcanzar una futura habituación.

Saludos cordiales.

Julio Flores A.

PROTOCOLOS (*GUIDELINES*) DE ACTUACIÓN EN CLÍNICA ANTE EL TINNITUS

En un artículo publicado en *Journal of Clinical Medicine* cuyos autores son Langguth B y colaboradores, cuyo título es *Tinnitus guidelines and their evidence base*, los autores describen los protocolos de tratamiento en clínica para el tinnitus disponibles, y analizan los fundamentos científicos en los que se han basado. Este artículo ha sido analizado en *Tinnitus Today Summer 2023*, y en lo que sigue publicamos un resumen del mismo.

Entre los 6 protocolos disponibles, 5 se han confeccionado por las autoridades sanitarias de distintos países, y uno de ellos, según se indica, se ha confeccionado en Europa, lo que nos permite suponer que lo ha realizado algún organismo de la Comunidad Europea, y que estará a disposición de todos los estados de la UE.

Hasta el momento no tenemos noticias de que en España, la autoridad sanitaria competente haya adoptado este protocolo y lo haya puesto a disposición de los facultativos que tratan a las personas con tinnitus.

Los tratamientos del tinnitus varían ampliamente y habitualmente no se basan en evidencias científicas. En efecto, el manejo del tinnitus en clínica no suele seguir las informaciones proporcionadas por la evidencia científica.

La medicina basada en la evidencia científica integra la mejor información científica disponible con la experiencia clínica y la valoración de los pacientes para guiar la toma de decisiones en su aplicación en clínica. Para transmitir los conocimientos disponibles a los facultativos correspondientes es frecuente que se publiquen protocolos de actuación (*clinical guidelines*) de la patología en cuestión, del tinnitus en este caso.

El desarrollo de tales protocolos comprende cuatro etapas: 1. Identificación de publicaciones de relevantes estudios clínicos; 2. Evaluación de la calidad de cada uno de los estudios; 3. Selección de los estudios que por su calidad pueden aportar información relevante al protocolo; y 4. El equipo que se encarga de redactar el protocolo utiliza la información adquirida en los estudios seleccionados.

Los estudios que incluyen ensayos controlados aleatorizados (ECAs) suelen proporcionar la más potente evidencia para la confección de los protocolos. La realización de ECAs en el caso del tinnitus es preferente para varias razones. El tinnitus es una condición subjetiva de muy difícil valoración. Cada una de las personas que tienen tinnitus lo vive de forma distinta a los demás; y el tinnitus afecta la calidad de vida del paciente de forma muy diferente de un paciente a otro. Aunque disponemos de cuestionarios y de escalas que permiten evaluar el impacto del tinnitus en la vida del paciente, la comparación de resultados entre dos o más pacientes aporta una información muy escasa. No tenemos un procedimiento que permita medir objetivamente la intensidad del tinnitus. Además la molestia del tinnitus es muy variable en una misma persona de un día a otro, e incluso de una hora a otra del mismo día.

El número de estudios ECAs sobre el tinnitus se ha incrementado hasta el extremo de que en la última década se han publicado más de 50 cada año. Los autores describen distintos tratamientos evaluados mediante ECAs que incluyen intervenciones farmacológicas (antidepresivos, anticolvulsivos, benzodiazepinas, fármacos GABA, relajantes musculares, etc.), e intervenciones no farmacológicas (acupuntura, terapias cognitivas conductuales, estimulación bimodal, estimulación transcraneal magnética y eléctrica, prótesis auditivas, oxigenación hiperbárica, terapia láser, musicoterapia, *neurofeedback* y tratamientos sonoros).

En este artículo se identificaron 6 protocolos existentes para el tratamiento del tinnitus, en Estados Unidos

(2014), Suiza (2018), Europa (2019), Reino Unido (2020), Alemania (2021) y Japón (2019). En cada uno de estos protocolos se identifican las fuentes de la evidencia científica que permiten confeccionar el protocolo, y se evalúan los tratamientos incluidos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Resultados: relación de las intervenciones terapéuticas para el tinnitus y su evidencia científica

Describimos las principales terapias cuyos estudios han proporcionado información para la confección de los 6 protocolos existentes.

Terapia cognitivo conductual TCC. Es la terapia más investigada de todos los tratamientos. La evidencia muestra que reduce las puntuaciones en todos los cuestionarios sobre la molestia del tinnitus en la vida del paciente, y también reduce los síntomas de depresión y ansiedad, y el insomnio.

Consejo terapéutico (*counseling*). En general está recomendado en todos los protocolos, aunque su evidencia científica es limitada.

Mindfulness. Los tratamientos basados en la atención plena (*mindfulness*) se muestran, con evidencia científica entre moderada y alta, señalando que reducen los resultados en cuestionarios y escalas, aunque tienen un moderado rendimiento en la reducción de la depresión y de la ansiedad.

Terapias sonoras. Se han utilizado y utilizan en muchas modalidades. Los implantes cocleares son una ayuda para pacientes con severa pérdida auditiva y/o sordera. La evidencia científica del empleo de prótesis auditivas (audífonos) es muy limitada, y también lo es la utilización de generadores de sonido o enmascaradores. Un buen número de terapias sonoras se proponen para inducir cambios neuroplásticos en el sistema auditivo central, pero solo se han evaluado en estudios piloto, y la única recomendación que puede sugerirse es que es necesario que se realicen más investigaciones.

Tinnitus Retraining Therapy (TRT). Incluye consejo terapéutico y terapia sonora basada principalmente en la percepción de sonido blanco (que tiene todas las frecuencias sonoras que el oído humano puede identificar). Varios estudios han mostrado una mejora en la percepción del tinnitus, pero la calidad de su evidencia científica es baja, con elevado riesgo de sesgo.

Farmacología. Se han realizado estudios sobre el empleo de distintos fármacos sin resultados, como los realizados a partir del ginkgo biloba, antidepresivos y fármacos anticonvulsivos. En algunos casos, pocos, los fármacos estudiados dieron lugar a una mejora en el tinnitus, pero con efectos secundarios negativos. Algunos estudios piloto fueron positivos, pero para su aplicación precisan nuevos estudios tipo ECAs con un mayor número de pacientes. Algunos resultados han sido positivos en estudios de fármacos para el tratamiento de la ansiedad, de la depresión y del insomnio.

Terapia neural. Ha habido varios estudios piloto, sin conclusiones aplicables en clínica.

Fisioterapia. Diversos estudios sobre tratamientos fisioterapéuticos han dado resultados positivos en pacientes cuyo tinnitus había sido originado por tensiones en las cervicales, alteraciones en la musculatura temporomandibular y puntos gatillo miofasciales en músculos cercanos al oído.

Estimulación transcraneal repetitiva no invasiva. Ha habido un buen número de estudios, tanto en la estimulación eléctrica como en la estimulación magnética con algunos resultados positivos. A pesar de estos resultados la estimulación transcraneal ha tenido poca aplicación clínica, por lo que interesa realizar más estudios, preferentemente ECAs, con mayor número de pacientes.

Estimulación bimodal. Ha habido varios estudios uno de los cuales se está aplicando en clínica, que consiste en una estimulación eléctrica a través de la lengua y una estimulación sonora mediante un sonido apropiado al tinnitus de cada paciente. Otro estudio en curso sustituye la estimulación eléctrica a través de la lengua por estimulación eléctrica aplicada en la musculatura de la cara y el cuello. Los resultados de estos estudios han mostrado una importante mejora.

Características de los protocolos identificados

El artículo incluye una descripción de los contenidos de los distintos protocolos identificados. En todos ellos se incluyen farmacología con prescripción médica. No se recomiendan los suplementos dietéticos. La terapia TCC está recomendada en los 6 protocolos.

En el protocolo (*guidelines*) del Reino Unido (2020) se propone un tratamiento escalonado: 1. TCC online; 2. Participación en grupos en los que se pueda recibir consejo terapéutico (*counselling*); y 3. TCC individual.

En Alemania (2021), el protocolo recomienda el entrenamiento auditivo que persigue aceptar el tinnitus sin que afecte a la calidad de vida del paciente, y no recomienda las terapias sonoras.

El protocolo de los EE.UU. (2014) es el único que considera la terapia sonora como una opción. Téngase en cuenta que la TRT, que incluye terapia sonora y consejo terapéutico, se inició los últimos años del siglo pasado en Atlanta y se ha venido aplicando regularmente, en especial con los veteranos que regresaron de Irak y de Afganistán. Es un protocolo que necesita actualizarse.

El protocolo suizo (2019) es un documento de muy poca extensión, y no está avalado por una sociedad o colegio médico ni por un grupo de expertos. Tan solo es un sumario de las terapias disponibles y su evidencia científica. No incluye recomendaciones.

En Europa (2019) el protocolo fue confeccionado por varios investigadores y varias clínicas de diversos países europeos. Es importante saber que no contiene un sumario de las evidencias científicas que constituyen la base del documento, y no se explica como se utilizó la evidencia científica para preparar el protocolo. Las recomendaciones tanto a favor como contra diversos tratamientos están categorizadas según recomendación potente, recomendación, recomendación débil y no recomendación.

En Japón (2019) se hizo un esfuerzo formal para graduar la recomendación de los distintos tratamientos en 3 categorías: muy recomendado, recomendado y no recomendado. También incluye una clasificación de la evidencia científica en la que se basa cada uno de los tratamientos descritos.

Es oportuno señalar que en el caso del tinnitus los protocolos necesariamente deberán tener una naturaleza distinta a la de los protocolos de otras patologías, en las que es posible medir objetivamente los resultados de su aplicación (temperatura, presión arterial, etc.), ya que en nuestro caso solo contamos con lo que explica el paciente, que por diversas circunstancias puede carecer de objetividad.

Todos los protocolos (*guidelines*) descritos están disponibles online en las páginas web de las distintas instituciones sanitarias, siendo accesibles para todos los interesados. Conocer al detalle el contenido de estos protocolos y adaptar uno de ellos, es una acción que deberían llevar a cabo nuestras autoridades sanitarias, centrales o autonómicas, con la colaboración de los colegios profesionales y las asociaciones de facultativos correspondientes. A la vista de esta información parece que ya es hora de que nuestras autoridades sanitarias se decidan a considerar que el tinnitus existe y puede arruinar la vida de una persona.

RECOMENDACIONES DE ACTUACIONES PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA PARA AFECTADOS DE TINNITUS

Hemos recibido varias consultas relativas a como los tratamientos odontológicos pueden afectar la percepción del tinnitus, y hemos creído oportuno transcribir en lo que sigue un informe que publicamos hace ya unos años que prepararon nuestros amigos de ATINNEUS Asociación Tinnitus de Euskadi.

La repetición de este informe está plenamente justificada por el hecho de que los problemas que muchas intervenciones odontológicas pueden causar a las personas con tinnitus siguen sin ser tenidos en cuenta.

Como colectivo afectado por del síntoma tinnitus o acúfenos debemos PREVENIR que la intensidad de su percepción aumente al acudir al odontólogo. El Dr. Jack Vernon Profesor Emérito de ORL de la Universidad de Oregón (EEUU) y autoridad mundial en tinnitus recomienda en su libro *TINNITUS: QUESTIONS AND ANSWERS 2001* que ante tratamientos odontológicos que requieran instrumentos terapéuticos como turbinas, fresas, scanners etc., generadores de ruido ó transmisores de vibraciones y energía sonora de altas frecuencias se ADOPTEN por parte del profesional PAUTAS o ACTUACIONES ODONTOLÓGICAS específicas para PREVENIR y así EVITAR agravamientos en la percepción del tinnitus.

Esta información está también disponible en versión inglesa en la siguiente dirección:

<http://www.hyperacusis.net/hyperacusis/questionsanswers/default.asp>

Su contenido está planteado como pregunta-respuesta:

¿Puede causar o aumentar la percepción del tinnitus y/o hiperacusia por estar expuestos al sonido y vibraciones generados por las turbinas y fresas odontológicas? ¿Qué medidas debemos adoptar para minimizarlo?



El Dr. Jack Vernon responde: No hay duda alguna que la exposición al sonido y vibraciones generados por las turbinas y fresas odontológicas puede aumentar el tinnitus y/o la hiperacusia en algunos pacientes y por ello es mucho mejor ser muy cautos antes que lamentarlo. Durante este tipo de tratamiento odontológico (fresado dental) generador de sonido o vibraciones siempre recomiendo 5 segundos de trabajo y 10 de pausa (5 segundos on/10 segundos off) hasta que el tratamiento concluya. Hay que tener en cuenta que la fresa odontológica produce un sonido de alta frecuencia que es transmitido al oído interno por vía ósea y por ello la utilización de protectores auditivos sólo protege parcialmente.

Algunos odontólogos incluso llegan a cobrar un coste adicional por la lentitud con la que deben realizar el tratamiento, pero la mayoría se presta a colaborar de manera altruista.

El impacto que el ruido tiene sobre el oído y el tinnitus está determinado por 2 variables: la intensidad del sonido (el nivel de ruido dB y su duración) y su frecuencia. No podemos controlar el nivel de ruido de los instrumentos odontológicos, pero podemos controlar el tiempo de exposición a los mismos.

Consideramos absolutamente necesario comunicar estas recomendaciones a los odontólogos, ya que muchos afectados de tinnitus temen someterse a tratamientos odontológicos que puedan agravar su tinnitus (no hay más que visitar foros de Alemania, Gran Bretaña, EEUU etc. e incluso hay una comunicación en este sentido en el foro de APAT de Barcelona). Para PREVENIR este problema consideramos indispensable:

1. ADVERTIR al odontólogo que utilice instrumentos odontológicos que generen los mínimos niveles de ruido en función del tratamiento dental que requiera el afectado. En la actualidad se comercializan turbinas novedosas de menor sonoridad como KAVO GENTLE SILENCE LUX 8000 con un nivel sonoro de 57 dB (A); o como AIRSCALER: KAVO SONICFLEX 2003 el instrumento odontológico con el espectro más amplio de aplicación (profilaxis, endodoncia, periodontología, cirugía) con 3 niveles de potencia y menor ruido:

Nivel de potencia	Potencia	Frecuencia	Nivel de ruido	Indicaciones
Nivel 1	80 %	6000 Hz	61dB (A)	Acabado muy suave
Nivel 2	100 %	6000 Hz	69dB (A)	Preparación y eliminación de placa
Nivel 3	150 %	6000 Hz	71dB (A)	Preparación con puntas

El sistema SONICFLEX SCALER con una variedad de puntas para la eliminación de sarro persistente por medio de movimientos con baja frecuencia de sonido y cantos blandos que facilitan un pulimento previo de la superficie MÁS SUAVE que los SCALER basados en el ULTRASONIDO (ver referencias 1 y 2).

2. CONSULTAR al odontólogo qué tipo de fresa (de diamante, cerámica, etc.) permite un corte rápido presionando poco, para minimizar el tiempo de exposición, ya que produce un sonido de alta frecuencia. Por este motivo hay que prevenir al especialista y pedirle que emplee la fresa de forma muy prudente para transmitir la mínima energía sonora al cráneo del paciente a través de los dientes (ver referencia 3).

3. PREGUNTAR al odontólogo si la utilización del láser odontológico universal KEY LASER 3 con amplio espectro de indicaciones, sin vibraciones y sin ruido de fresar sería una alternativa adecuada en aquellos tratamientos factibles (excluido en obturaciones de amalgama). ¿Y la terapia de ozono HEALOZONE?



4. MOSTRAR al odontólogo el informe sobre fármacos ototóxicos elaborado por el Departamento de Farmacología del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona publicado por APAT, con la lista de fármacos que pueden ser ototóxicos para que no los emplee en tratamientos odontológicos (reconstrucciones, coronas, prótesis, etc.)

Consideramos indispensable una mínima comunicación entre otorrinolaringólogos y odontólogos, máxime cuando se trata de un colectivo expuesto al ruido prolongado y a las vibraciones que producen diversos instrumentos odontológicos y por ello propensos a padecer tinnitus como se constata en el informe HEARING LOSS AND HIGH-SPEED DENTAL TOOLS FROM OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY.

Ante los múltiples interrogantes existentes debido a los escasos estudios e investigaciones debe considerarse y ser objeto de estudio riguroso y discusión en Congresos, Jornadas, Reuniones de ORL y de Odontología el establecimiento de pautas de actuación específicas en odontología para afectados de tinnitus en el tratamiento integrado del paciente, e incluso en un futuro se debería desarrollar y adoptar un PROTOCOLO ODON-

TOLÓGICO específico para afectados de tinnitus y otras patologías auditivas. Para lograrlo necesitamos la ayuda de autoridades sanitarias y profesionales cualificados que difundan información rigurosa y actualizada sobre el tinnitus a los demás profesionales, impulsando así el conocimiento de este complejísimo síntoma otoneurológico que debe ser tenido en cuenta para poder dar respuestas a los múltiples interrogantes que se plantean.

Sería muy necesario a quien corresponda confeccione en español (ver lo propuesto por el Dr. Jack Vernon) una guía práctica con información, consejos y precauciones a adoptar en tratamientos odontológicos (endodoncia, obturaciones, etc.) en pacientes afectados de tinnitus, ya que estamos muy interesados en prevenir que la percepción del tinnitus se incremente tras un tratamiento odontológico mediante la utilización de instrumentos odontológicos alternativos a las fresas, turbinas, etc., que son métodos rotatorios en endodoncia de elevada intensidad sonora y que dicha información se difunda lo máximo posible para que ningún afectado por ignorarlo tenga que lamentarlo.

Sugerimos que los afectados de tinnitus de las diferentes Comunidades Autónomas contacten con los respectivos Colegios Profesionales de Odontología con el fin de sensibilizarles sobre este síntoma torturador y la necesidad de prevenir su agravamiento.

Las referencias disponibles en lengua inglesa son:

1. Ultrasonic scaling of maxillary teeth Rausing tinnitus and temporary hearing shifts (J . Clin Periodontol.)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?dh=pubmed&cmd>
2. Dental procedures: certain dental procedures such as difficult tooth extractions and ultrasonic cleaning can cause hearing damage via bone conduction of loud sound directly to the ear.
<http://www.bixby.org/faq/tinnitus/discover.html>
3. Unilateral Transitory Sensorineural Hearing Loss Following a Dental Procedure.

BOB DYLAN TIENE ACÚFENOS

Bob Dylan, nació en Minnesota, EE.UU., en 1941. Es un músico, compositor, cantante y poeta estadounidense, ampliamente considerado como una de las figuras más prolíficas e influyentes en la música popular del siglo XX y de comienzos del siglo XXI. En 2016 recibió el Premio Nobel de Literatura.

Su producción musical ha sido tan amplia que constituye un referente entre los cantautores.

Bon Dylan es uno más de los muchos músicos cuyos acúfenos no han afectado a su actividad creativa.



COMUNICADO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

Uno de nuestros socios nos ha enviado un Comunicado emitido por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, con el ruego de que lo demos a conocer a nuestros socios. Accedemos a la petición de nuestro socio, y nos limitamos a transcribirlo íntegramente, sin formular ningún juicio ni ninguna opinión sobre su contenido.

Comunicado de la SEORL-CCC

La Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, a la vista de las numerosas apariciones en medios de comunicación, en forma de noticias con cariz publicitario, sobre un centro llamado Ototech, tanto en Barcelona como Madrid (aquí en Vithas Internacional, Madrid), que asegura la curación de los acúfenos en hasta un 60 % y la regeneración de las células sensoriales del oído interno, con mejora de la audición

Manifiesta que:

La publicidad asegura que “... con la terapia Ototech vamos al origen de la patología empleando radiofrecuencias a nivel del oído interno con la finalidad de curar, es decir, hacer que las estructuras del oído interno dejen de emitir un estímulo sonoro constante”.

Ello sitúa el origen de los acúfenos exclusivamente en el oído interno, cuando ello no necesariamente es el caso.

Adicionalmente, la propaganda reza que “... tras años de investigación se ha descubierto que también puede presentar mejoras en las pérdidas auditivas y en pacientes que presentan vértigos.”

Las células sensoriales del oído interno se comportan como neuronas y, en ese sentido, no se pueden regenerar. En el momento actual no se han podido regenerar todavía las células sensoriales del oído interno en humanos. Por tanto, la audición perdida no es recuperable en los casos crónicos.

En los diversos artículos se afirma que “Una consultoría independiente externa ha realizado un estudio que ha constatado que más de un 60 % de los pacientes tratados con Ototech refiere una reducción clínicamente significativa de los acúfenos, así como **mejorías auditivas considerables en un número elevado de pacientes que padecen pérdida auditiva asociada al acúfeno.**”

Así mismo, se refiere en diversas ocasiones, a lo largo de los años, a que una “prestigiosa Universidad” estuviera estudiando los efectos de este tratamiento, sin mencionar en ningún momento dicha Universidad. Ello aun crea más dudas:

- a. La utilización de una consultoría externa para evaluar resultados no se corresponde con los estándares de un ensayo clínico, ni tan solo los de un estudio observacional.
- b. Si se asume que todos los pacientes han abonado por su atención médica, solo por el hecho de dirigirse a dicha consulta ya se les puede presuponer un efecto placebo.
- c. No queda aclarado si se ha mantenido la confidencialidad de los datos de los pacientes que se han sometido a la radiofrecuencia cuando la consultoría externa.

- d. La mención de un supuesto estudio en una Universidad de prestigio crea la falsa impresión de seriedad y rigurosidad científica, más cuando, tras años anunciándolo, no existe ni se ha presentado ningún estudio al respecto.
- e. Las lesiones crónicas del oído interno, una vez acaecidas, no son reversibles, ni con medicamentos ni ningún otro tipo de tratamiento. La aseveración de que se producen “...**mejorías auditivas considerables en un número elevado de pacientes...**” tras la electroestimulación sería, de ser cierta, premiable con un Nobel o similar, pero lamentablemente inducen falsas expectativas en pacientes que padecen de una pérdida auditiva y tales aseveraciones rozan la charlatanería.

Existen multitud de estudios acerca de la electroestimulación **intracoclear** mediante los electrodos de los implantes cocleares, es decir, una estimulación a través de un electrodo colocado en el oído interno, pero no existe **ni un solo ensayo** que, tal y como publica la propaganda emitida, use la “*estimulación eléctrica transmastoidal*” como medio para estimular el oído interno y así curar los acúfenos o mejorar la audición. Es más, a fecha de hoy, y tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no existe ningún estudio científico publicado al respecto en la literatura médica que permita afirmar que esta técnica puede curar o, si quiera, mejorar los acúfenos.

Las nuevas terapias en Medicina deben ensayarse, investigarse, publicarse por los canales habituales, particularmente publicaciones especializadas en las que los manuscritos se revisan por expertos (pares) que confirman que la metodología es correcta. Los estudios deben cumplir protocolos muy estrictos en cuanto a la seguridad y eficacia antes de pensar en su explotación comercial. En el caso de Ototech se ha pasado directamente a la comercialización sin que se conozca ningún tipo de estudio previo en este sentido, de sus posibles efectos positivos ni de su seguridad.

Por tanto, existe la sospecha que el equipo que se está utilizando para generar la “*estimulación*” sea un equipo no homologado para este “*tratamiento*”.

Como resumen, consideramos que se está dando publicidad a un método desconocido, no ensayado y de eficacia no demostrada que, posiblemente, no supere un simple efecto placebo.

Creemos que nuestra obligación es dar a conocer el punto de vista de la comunidad científica para avisar al público sobre afirmaciones indemostrables, sobre la ausencia de estudios serios y científicamente rigurosos, realizados sin ánimo de lucro, que avalen tales afirmaciones y los resultados promulgados.

Para su conocimiento, se ha remitido un escrito más exhaustivo a los respectivos Colegios Oficiales de Médicos de Barcelona y Madrid para que controlen si el equipo que se utiliza para crear radiofrecuencia se ajusta a los criterios de control y aprobación de las normas que regulan la utilización de equipos en enfermos y, concretamente, si su utilización ha sido aprobada para el tratamiento de los acúfenos y/o mejoría de la audición por alguna autoridad tras los estudios pertinentes de seguridad del paciente.

En Madrid a dos de junio de dos mil veintitrés.

El comunicado ha sido firmado por el Prof. Dr. Manuel Bernal Sprekelsen, Presidente de la SEARL-CCC en nombre y en representación de toda la Junta Directiva.

¿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.

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: atencion@acufenos.org

Nombre y apellidos.....

Dirección

Código postalLocalidad

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

Correo electrónico.....

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

.....

.....a dede

Firma: