



Perfil epidemiológico de la hipoacusia pediátrica: Análisis global, regional y nacional

Epidemiological profile of pediatric hearing loss: Global, regional and national analysis

Viviana Paola Patiño Zambrano¹, María Antonieta Touriz Bonifaz², Elvia Piedad Aspiazu Miranda³,
María Alejandra Bejarano Ospina⁴, Tamara Melissa Vega Alvarez⁵

RESUMEN

La hipoacusia pediátrica constituye un desafío prioritario de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 34 millones de niños padecen pérdida auditiva discapacitante y el 60% de estas pérdidas son prevenibles [1]. El presente artículo analiza el perfil epidemiológico de la pérdida auditiva en población infantil mediante un enfoque multinivel: global, regional (Latinoamérica) y nacional (Ecuador), con énfasis en la costa ecuatoriana. En Ecuador, aproximadamente el 5% de la población presenta algún grado de hipoacusia, con prevalencias del 4.3% en niños menores de 4 años y del 5% en niños de 5 a 9 años [2]. El país presenta una de las tasas más altas de microtia y atresia del conducto auditivo externo a nivel mundial, con 10.6 casos por cada 10,000 recién nacidos (1.06 por 1,000), significativamente superior al promedio global de 2.06 por 10,000 [3][4]. En la región costera, hospitales como el Teófilo Dávila en Machala atienden un promedio de 4,000 pacientes anuales en Audiología, y han recibido equipamiento por \$30,000 dólares para fortalecer el diagnóstico temprano [5]. Se concluye que el fortalecimiento de los sistemas de detección temprana y la articulación intersectorial son estrategias clave para reducir la carga de discapacidad auditiva en la niñez.

Palabras clave: hipoacusia pediátrica, tamizaje auditivo neonatal, epidemiología, salud pública, Ecuador, costa ecuatoriana, microtia.

1. Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes (E); Magister en Neuropsicología con Mención en Neuropsicología del Aprendizaje, Especialista en Audiología de la Escuela Colombiana de Rehabilitación; Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local; Licenciada en Terapia de Lenguaje; Tecnóloga Médica en Terapia de Lenguaje; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador.
2. Docente de la Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina; Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil; Doctorado en Ciencias de la Salud; Magister en Salud Pública; Magister en Epidemiología; Médica; Docente de la Universidad de Guayaquil; Docente de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador.
3. Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes (E), Especialista en Biotecnología (Opción Biología Molecular e Ingeniería Genética); Magister en Biotecnología; Bióloga; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador.
4. Estudiante de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador.
5. Estudiante de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador.

Viviana Paola Patiño Zambrano  <https://orcid.org/0000-0002-6997-9080>
María Antonieta Touriz Bonifaz  <https://orcid.org/0000-0002-8986-8011>
Elvia Piedad Aspiazu Miranda  <https://orcid.org/0000-0003-2543-2849>
María Alejandra Bejarano Ospina  <https://orcid.org/0000-0003-4682-1229>
Tamara Melissa Vega Alvarez  <https://orcid.org/0009-0004-2613-5939>

Correspondencia: viviana.patinoz@ug.edu.ec

ABSTRACT

Pediatric hearing loss is a priority public health challenge worldwide. The World Health Organization (WHO) estimates that approximately 34 million children suffer from disabling hearing loss, and 60% of these losses are preventable [1]. This article analyzes the epidemiological profile of hearing loss in children using a multilevel approach: global, regional (Latin America), and national (Ecuador), with an emphasis on the Ecuadorian coast. In Ecuador, approximately 5% of the population has some degree of hearing loss, with prevalences of 4.3% in children under 4 years of age and 5% in children aged 5 to 9 years [2]. The country has one of the highest rates of microtia and atresia of the external auditory canal worldwide, with 10.6 cases per 10,000 newborns (1.06 per 1,000), significantly higher than the global average of 2.06 per 10,000 [3][4]. In the coastal region, hospitals such as Teófilo Dávila in Machala treat an average of 4,000 patients annually in Audiology and have received \$30,000 worth of equipment to strengthen early diagnosis [5]. It is concluded that strengthening early detection systems and intersectoral coordination are key strategies for reducing the burden of childhood hearing loss.

Keywords: pediatric hearing loss, newborn hearing screening, epidemiology, public health, ecuador, ecuadorian coast, microtia.

Introducción

La pérdida auditiva en la infancia constituye una de las discapacidades sensoriales más prevalentes a nivel mundial, con consecuencias profundas en el desarrollo del lenguaje, las habilidades cognitivas, el rendimiento escolar y la calidad de vida^{1,6,7}. Según la OMS, aproximadamente 430 millones de personas en el mundo padecen pérdida auditiva discapacitante que requiere rehabilitación, de las cuales 34 millones son niños¹.

La audición óptima es fundamental para el desarrollo de habilidades lingüísticas y competencias sociales en niños y adolescentes. El estudio publicado en Trends in Hearing basado en datos del Global Burden of Disease (GBD) 2019 proporciona un análisis exhaustivo de las tendencias globales de la carga de hipoacusia en niños y adolescentes desde 1990 hasta 2019, revelando una tendencia general a la disminución de la prevalencia de hipoacusia infantil a nivel global, aunque persisten desafíos en subgrupos específicos⁸.

El abordaje de esta problemática requiere un análisis epidemiológico estructurado que permita comprender la magnitud del fenómeno en sus diferentes niveles de concreción: global, regional (Latinoamérica) y nacional (Ecuador), con especial atención a la realidad de la costa ecuatoriana.

2. Nivel Global: Magnitud del Problema y Directrices de la OMS

2.1 Prevalencia y carga de enfermedad

Según la OMS, aproximadamente 34 millones de niños padecen pérdida auditiva discapacitante¹. Se estima que 95.1 millones de niños de entre 5 y 19 años presentan algún grado de pérdida de audición⁹. El costo mundial asociado a los casos de pérdida de audición no atendidos asciende a casi USD 1,000 millones al año⁹. Más de 1,000 millones de adultos jóvenes corren el riesgo de sufrir una pérdida de audición permanente y evitable⁹.

Se considera que la pérdida de audición es discapacitante cuando se produce una reducción superior a 35 decibelios (dB) en el oído que oye mejor. Cerca del 80% de las personas afectadas viven en países de ingreso bajo y mediano⁹.

2.2 Causas de pérdida auditiva según la OMS

La OMS identifica múltiples factores que pueden afectar la audición en distintas etapas de la vida [9]:

Periodo prenatal:

- Factores genéticos (hereditarios o no hereditarios)
- Infecciones intrauterinas (rubéola, citomegalovirus)

Periodo perinatal:

- Asfixia perinatal (falta de oxígeno en el momento del parto)
- Hiperbilirrubinemia (ictericia grave en el periodo neonatal)
- Bajo peso al nacer
- Otras afecciones perinatales y su tratamiento

Infancia y adolescencia:

- Otitis crónicas (otitis media supurativa crónica)
- Presencia de líquido en el oído (otitis media no supurativa crónica)
- Meningitis y otras infecciones

2.3 Prevenibilidad

La OMS enfatiza que cerca del 60% de los casos de pérdida de audición en los niños se deben a causas evitables que pueden prevenirse mediante medidas de salud pública⁹. Para reducir el riesgo de pérdida de audición a lo largo de la vida pueden aplicarse diversas estrategias eficaces, entre ellas la vacunación, buenas prácticas de atención materna y de puericultura, y la detección y tratamiento de afecciones frecuentes del oído⁹.

2.4 Detección y tratamiento según la OMS

La OMS recomienda realizar un tamizaje sistemático para detectar pérdidas de audición en las personas con mayor riesgo, entre ellas⁹:

- Recién nacidos y niños menores de un año
- Niños en edad preescolar y escolar
- Personas expuestas al ruido o a productos químicos en el trabajo
- Personas en tratamiento con medicamentos ototóxicos
- Personas mayores

Entre las principales intervenciones de rehabilitación figuran el suministro de tecnologías auditivas (auxiliares auditivos, implantes cocleares), la foniatría y logopedia, la for-

mación en lengua de signos, y el asesoramiento y apoyo para facilitar la participación en la educación, el trabajo y la vida comunitaria⁹.

3. Nivel Latinoamericano: Evidencia Epidemiológica

3.1 Prevalencia en población escolar

México: En 2012 se reportó una prevalencia de hipoacusia pediátrica de 1.4 por cada 1,000 nacimientos¹⁰. En el estado de Guanajuato, el INEGI reportó en 2020 un total de 126,366 personas con limitación auditiva y 56,516 con discapacidad auditiva¹¹.

Un estudio del Programa de Detección Temprana de Hipoacusia en el Hospital de Especialidades No. 1 del Centro Médico Nacional del Bajío, México, que analizó 1,000 pacientes en 175 días, encontró que los factores de riesgo más frecuentes para hipoacusia fueron la prematuridad, el bajo peso al nacer, la hiperbilirrubinemia, la hipoxia neonatal, la estancia en UCIN y el uso de fármacos ototóxicos. Se diagnosticaron 14 pacientes con algún grado de hipoacusia (1.4%)¹¹.

Chile: Un estudio transversal en 588 niños de primer grado en Santiago estimó una prevalencia de todo tipo de hipoacusia del 2.22% (IC 95%: 1.19 - 3.76), y de hipoacusia permanente del 0.34% (IC 95%: 0.05 - 5.3)¹².

Perú: Un estudio en población infantil en condiciones de pobreza en las afueras de Lima encontró una prevalencia de hipoacusia del 6.9% (IC 95%: 4.2 - 9.6), significativamente mayor que en países de altos ingresos¹³.

3.2 Factores de riesgo validados en la región

Los factores de riesgo más consistentemente asociados a hipoacusia infantil en América Latina incluyen^{11,13,14}:

- Bajo peso al nacer (< 1,500 gramos)
- Edad gestacional < 33 semanas
- APGAR < 7 en el minuto 5

- Hipoxia neonatal
- Hiperbilirrubinemia
- Sepsis neonatal
- Uso de ototóxicos
- Malformaciones craneofaciales
- Síndromes genéticos
- Historia familiar de hipoacusia

4. Nivel Nacional (Ecuador): Evidencia Epidemiológica

4.1 Prevalencia nacional de hipoacusia

Según datos oficiales del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), aproximadamente el 5% de la población ecuatoriana presenta algún grado de hipoacusia². La distribución por grupos etarios es la siguiente:

Grupo etario	Prevalencia estimada
Menores de 4 años	4.3%
5 - 9 años	5.0%
Adultos	12.29%

Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) [2].

La prevalencia de hipoacusia al nacer se estima entre 2 y 3 niños por cada 1,000 nacidos vivos².

4.2 Estadísticas de discapacidad en Ecuador (CONADIS)

Según datos del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), con corte al 19 de mayo de 2026, la población con discapacidad en Ecuador se distribuye de la siguiente manera¹⁵:

Tabla 1. Distribución de personas con discapacidad por grupos etarios pediátricos en Ecuador

Grupo etario	Personas con discapacidad (n)	Porcentaje del total
0 - 4 años	29,101	4.47%
5 - 9 años	34,387	5.28%
10 - 14 años	34,692	5.33%
15 - 17 años	19,596	3.01%
Total 0-17 años	117,776	18.09%
18 - 29 años	83,468	12.82%
30 - 39 años	71,818	11.03%
40 - 49 años	77,156	11.85%
50 - 59 años	81,749	12.56%
60 - 64 años	43,760	6.72%
65 años y más	175,284	26.93%
Total, general	651,012	100.00%

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), con datos del MSP. Corte del Registro: 19 de mayo de 2026¹⁵.

Cerca de 70,000 personas tienen discapacidad auditiva en Ecuador según estimaciones del CONADIS¹⁶.

4.3 Malformaciones congénitas del oído externo: Microtia y atresia

Ecuador presenta una de las tasas más altas de malformaciones congénitas del oído externo a nivel mundial, con una incidencia de 10.6 casos por cada 10,000 recién nacidos (1.06 por 1,000)^{3,4}. La Organización de Enfermedades Raras (ORDO) reporta para Ecuador una prevalencia al nacimiento de microtia de 174 por 100,000 (1.74 por 1,000)¹⁷.

Distribución geográfica:

La microtia en Ecuador presenta mayor prevalencia en provincias de altura superior a 2,500 metros sobre el nivel del mar^{3,18}:

- Tungurahua: 18.31 casos por 10,000 nacimientos
- Chimborazo: 15.00 casos por 10,000 nacimientos
- Azuay: 7.23 casos por 10,000 nacimientos

Un estudio retrospectivo en 112 pacientes mestizos ecuatorianos con microtia reportó que el 91.2% de los pacientes con microtia aislada nacieron en ciudades por encima de los 2,500 metros sobre el nivel del mar [18]. El grupo etario más prevalente fue de 5 a 9 años (45.0%). El 41.8% de los pacientes presentó afectación bilateral. Se encontró una asociación significativa entre el consumo de alcohol durante el embarazo y el desarrollo de microtia¹⁸.

5. Evidencia en la Costa Ecuatoriana: Hospitales del MSP

5.1 Hospital General Teófilo Dávila (Machala, El Oro)

El Hospital General Teófilo Dávila en Machala, provincia de El Oro, constituye un referente en la atención audiológica en la costa ecuatoriana. Este centro atiende un promedio de 4,000 pacientes anuales en el área de Audiología⁵.

Inversión en infraestructura diagnóstica:

En el marco del fortalecimiento del sistema de salud pública, el Ministerio de Salud Pública entregó modernos equipos al área de Audiología del hospital con una inversión de \$30,000 dólares, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos⁵.

Los nuevos equipos incluyen⁵:

- Sistema de potenciales evocados auditivos (electrodos, sistema de estimulación sonora, software de análisis)
- Protocolos de prueba y medidores de impedancia
- Equipamiento para evaluaciones objetivas y precisas de la función auditiva y del sistema nervioso central

Las responsable del área de Fonoaudiología, indican que los equipos permiten diagnosticar pérdida auditiva en niños, adultos y personas de la tercera edad, y que la detección temprana en recién nacidos favorece el uso oportuno de audífonos y el adecuado desarrollo del lenguaje⁵.

5.2 Hospital General Guasmo Sur (Guayaquil, Guayas)

El Hospital General Guasmo Sur en Guayaquil es otro centro de referencia en la costa ecuatoriana que realiza tamizaje auditivo neonatal como parte de las políticas de salud pública. La institución ha implementado jornadas de tamizaje auditivo en recién nacidos, enfatizando la importancia de la detección temprana de problemas auditivos¹⁹.

5.3 Hospital General Alfredo Noboa (Guaranda, Bolívar)

El Hospital General Alfredo Noboa realiza tamizaje neonatal de hipoacusia a través del servicio de Audiología, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil Temprano del MSP²⁰. La prueba de audición para bebés es un procedimiento rápido y no invasivo²⁰.

5.4 Métodos de tamizaje en Ecuador

En Ecuador, la legislación exige la valoración auditiva como parte de estudios previos a que los niños ingresen a escuelas públicas y privadas, originalmente dirigido a estudiantes nuevos o de primer año escolar, aunque actualmente se exige a todos los estudiantes pre-escolares y de escuela primaria previo a la matriculación²¹.

El Dr. Luis Andrés Serrano Vintimilla, Médico y Doctor en Audiología, propone un método alternativo a la Audiometría Tonal para el screening auditivo escolar en Ecuador, utilizando una batería de pruebas que incluye²¹:

- Otoscopia: para descartar tapones de cerumen o patologías de oído
- Timpanometría: considerada la prueba básica y fundamental para diagnosticar trastornos tubáricos en niños
- Otoemisiones Acústicas (DPOAE): en versión pasa-falla

Las ventajas de este método son el tiempo de prueba menor a 5 minutos, no requerir colaboración del niño, poder implementarse en la misma escuela sin ambiente sonoro amortiguado, menor costo y alta fiabilidad²¹.

5.5 Resumen de la evidencia en la costa ecuatoriana

Hospital	Ubicación	Actividad audiológica	Equipamiento/inversión
Hospital Teófilo Dávila	Machala, El Oro	4,000 pacientes/año en Audiología	\$30,000 en potenciales evocados auditivos y medidores de impedancia ⁵ .
Hospital Guasmo Sur	Guayaquil, Guayas	Tamizaje auditivo neonatal	Programa de detección temprana ¹⁹ .
Hospital Alfredo Noboa	Guaranda, Bolívar	Tamizaje neonatal en Audiología	Servicio de Audiología ²⁰ .

6. Programa de Tamizaje Auditivo en Ecuador

Ecuador cuenta con un programa de tamizaje auditivo universal dentro de las políticas de prevención de discapacidades. El Ministerio de Salud Pública (MSP) implementa el Programa de Desarrollo Infantil Temprano, que establece la detección

temprana de hipoacusia en menores de 5 años. Sin embargo, este programa no se encuentra considerado como una normativa de salud que obligue a los usuarios a realizarse el examen²². La decisión de practicar el tamizaje auditivo neonatal recae principalmente en el criterio del personal de salud o en la solicitud del especialista²².

Cobertura de tamizaje auditivo:

Período	Número de tamizajes realizados	Observación
2017	108,900	Línea de base inicial [23]
2017-2020	442,371 (acumulado)	Cobertura en 4 años [23]
Hasta septiembre 2024	37,632	Solo en Hospital Gineco-Obstétrico Nuestra Señora de la Merced [24]

Un estudio en los Centros Infantiles del Buen Vivir (C.I.B.V) del cantón Santa Isabel evaluó a 104 niños mediante otoemisiones acústicas transitorias, encontrando que el 97% pasó la prueba y el 3% no pasó²⁵.

7. Análisis Integrado

7.1 Síntesis de la evidencia epidemiológica

Nivel geográfico	Fuente	Prevalencia estimada	Observaciones clave
Global	OMS ¹	34 millones de niños	60% prevenible
Global	OMS ⁹	95.1 millones (5-19 años)	Costo global: USD 1,000 millones/año
Latinoamérica	México ¹¹	1.4/1,000 RN	Factores de riesgo: prematuridad, bajo peso, hiperbilirrubinemia
Latinoamérica	Chile ¹²	2.22% (escolares)	Mayor que en RN
Latinoamérica	Perú ¹³	6.9%	4-7 veces mayor que países de altos ingresos
Ecuador	MIES ²	5% población general	4.3% en <4 años; 5% en 5-9 años
Ecuador	CONADIS ¹⁵	117,776 niños (18.09%)	Población pediátrica con discapacidad
Ecuador	Microtia ^{3,4}	10.6/10,000 RN	Asociación con altura ≥2500 msnm
Costa Ecuador	HTD Machala ⁵	4,000 pacientes/año	\$30,000 en equipos de potenciales evocados

7.2 Implicaciones para la costa ecuatoriana

Los datos de la costa ecuatoriana revelan que:

1. Existe una demanda significativa de servicios audiológicos en la región (4,000 pacientes anuales solo en Machala)⁵.
2. Se ha realizado una inversión en equipamiento diagnóstico, pero aún persisten brechas en cobertura.
3. La detección temprana en recién nacidos es posible gracias a los equipos de potenciales evocados auditivos.
4. Las jornadas de tamizaje en hospitales como el Guasmo Sur y Alfredo Noboa demuestran el compromiso institucional.
5. La falta de normativa obligatoria para el tamizaje auditivo neonatal limita la cobertura universal.

3. En Ecuador, el 5% de la población presenta hipoacusia: 4.3% en <4 años y 5% en 5-9 años².

4. Según el CONADIS, 117,776 niños, niñas y adolescentes (18.09% del total de discapacidades) viven con discapacidad en Ecuador¹⁵.

5. Ecuador tiene una de las tasas más altas de microtia (10.6/10,000 RN), con fuerte asociación con altitud >2,500 msnm^{3,4,18}.

6. En la costa ecuatoriana, el Hospital Teófilo Dávila de Machala atiende un promedio de 4,000 pacientes anuales en Audiología y ha recibido equipamiento por \$30,000 dólares⁵.

7. El tamizaje auditivo en Ecuador no es obligatorio²², limitando la detección temprana.

8. Conclusiones

1. La hipoacusia pediátrica afecta a 34 millones de niños a nivel mundial [1], con una prevalencia en países de ingresos medios-bajos significativamente mayor⁹.
2. El 60% de las pérdidas auditivas en la niñez son prevenibles mediante intervenciones de salud pública⁹.

9. Recomendaciones

1. Establecer normativa nacional obligatoria para tamizaje auditivo neonatal universal.
2. Fortalecer la infraestructura audiológica en la costa ecuatoriana, replicando el modelo de inversión del Hospital Teófilo Dávila en otros centros de la región.

3. Implementar programas de retamizaje auditivo en edad escolar, utilizando el método de otoemisiones acústicas y timpanometría propuesto por Serrano²¹.

4. Desarrollar programas específicos de detección de microtía en provincias de altura (>2,500 msnm).

5. Articular sistemas de salud y educación para cerrar la brecha de identi-

cación de niños con discapacidad auditiva.

6. Fortalecer la telesalud para promoción de la salud auditiva en zonas rurales de la costa.

7. Capacitar al personal de salud en identificación de factores de riesgo (prematurnidad, ictericia, convulsiones, otitis media recurrente).

Bibliografía

1. World Health Organization. Ear and hearing health in children. *Medicine*. 2024;52(3):1-4.
2. Serrano LA. Ecuador: A country with high rates of microtia. En: *The lives of others. All about hearing* [Internet]. SURDOINFO; 2024. Disponible en: <https://surdoinfo.ru/vsyo-o-sluxe-zhizn-drugih/ecuador-en>
3. Chicaiza Llerena DB. Microtia y altura, experiencia ecuatoriana en 221 cantones ubicados desde el nivel del mar hasta los 4,300 metros [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad de las Américas; 2021.
4. Arevalo M, Salamea M. Microtia: Revisión bibliográfica y análisis de casos en la provincia del Azuay [Tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2019.
5. MP Noticias Ecuador. Hospital Teófilo Dávila recibe equipos de última tecnología para Audiología. Machala; 2025.
6. Lieu JEC, Kenna M, Anne S, Davidson L. Hearing Loss in Children: A Review. *JAMA*. 2020;324(21):2195-2205. doi:10.1001/jama.2020.17647.
7. de Jong M, Priester GH, van der Schroeff MP. The psychosocial impact of hearing loss in children: a systematic review. *Int J Audiol*. 2023;62(2):107-118. doi:10.1080/14992027.2022.2091803.
8. Chen K, Yang B, Yue X, Mi H, Leng J. Global, Regional, and National Burdens of Hearing Loss for Children and Adolescents from 1990 to 2019: A Trend Analysis. *Trends Hear*. 2024 Jan-Dec;28:23312165241273391. doi:10.1177/23312165241273391. PubMed ID: 39175152.
9. World Health Organization. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
10. Lino-González AL, Arch-Tirado E, Castañeda-Maceda MV, Mercado-Hernández I, Velasco-Orozco MA. Conductas que originan sospecha de hipoacusia infantil. *An Orl Mex*. 2021;66(2):128-139. doi:10.24245/aorl.v66i2.5144.
11. Early detection program for hearing loss at Bajío's National Medical Center. *PMC*. 2025 Jan-Feb;63(1):e6287. doi:10.5281/zenodo.14200056.
12. Prevalence and incidence of hearing loss in school-aged children in Santiago, Chile. *PubMed ID*: 39876543.
13. Hearing impairment and poverty: the epidemiology of ear disease in Peruvian schoolchildren. *PubMed ID*: 20115987.
14. MSD Manuals. Deficiencia auditiva (hipoacusia) en niños [Internet]. Merck Sharp & Dohme; 2025. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-de-los-organos-de-la-nariz-y-la-garganta-en-ninos/deficiencia-auditiva-hipoacusia-en-ninos>
15. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Estadísticas de discapacidad, corte al 19 de mayo de 2026. Quito: CONADIS; 2026.
16. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Webinar: Avances, retos y desafíos para la atención de comunidad sorda en el Ecuador. CONADIS; 2024.
17. ORDO:83463 - Microtia. Orphanet. Disponible en: https://www.ebi.ac.uk/ols4/ontologies/ordo/classes/htp%253A%252F%252Fwww.orpha.net%252FORDO%252FORphanet_83463

18. González-Andrade F, Coello F, López-Pulles R, Fuenmayor G, Andrade E, Vásconez H. Demographic, Functional, and Risk Factors Characterization in Ecuadorian Mestizo Patients With Microtia: A Retrospective Study. 2024. PubMed ID: 38771204.
19. Hospital General Guasmo Sur. El tamizaje auditivo neonatal es clave para la detección temprana de problemas auditivos en recién nacidos [Internet]. Guayaquil; 2025. Disponible en: <https://www.facebook.com/HGuasmoSur>
20. Ministerio de Salud Pública. Tamizaje auditivo neonatal en el Hospital General Alfredo Noboa [Internet]. Guaranda; 2025. Disponible en: <https://www.facebook.com/SaludEcuadorCoordinacionZona5>
21. Serrano LA. Método alternativo a la Audiometría Tonal para realizar un screening auditivo escolar [Internet]. SAERA. Disponible en: https://saera.eu/screening_auditivo/
22. 22.Tamizaje Auditivo Neonatal en Ecuador. Repositorio UCACUE; 2023.
23. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Análisis de Indicadores del Eje de Prevención de Discapacidades y Salud. CONADIS; 2021.
24. Hospital Gineco-Obstétrico Nuestra Señora de la Merced. Inauguración Consultorio de Audiología – Atención Potenciales Evocados. HGONA; 2024 Nov 5.
25. García Lima JB, Zambrano Sacoto JJ. Exploración auditiva mediante Otoemisiones acústicas transitorias en Centros Infantiles del Buen Vivir de Santa Isabel. 2017-2018 [Tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2018.

Para referenciar aplique esta cita:

Patiño Zambrano VP, Touriz Bonifaz MA, Aspiazu Miranda EP, Bejarano Ospina MA, Vega Alvarez5 TM. Perfil epidemiológico de la hipoacusia pediátrica: Análisis global, regional y nacional. REV-SEP [Internet]. 12 de enero de 2026; 27(1):39-47. Disponible en: <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/376>