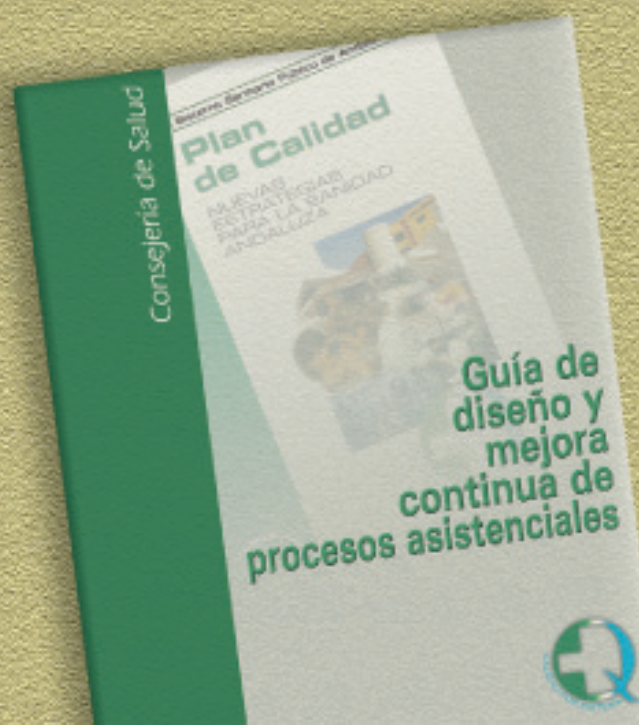


CONSEJERÍA DE SALUD

# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

## OTITIS MEDIA







# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

**OTITIS MEDIA**



**OTITIS MEDIA**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-4103-2002

**ISBN:** 84-8486-086-8

**Maquetación:** PDF-Sur s.c.a.

**Coordinación y producción:** Coande, S. L.

# Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera  
Director General de Organización de Procesos y Formación





## **EQUIPO DE TRABAJO**

Juan Ruiz-Canela Cáceres (Coordinador); José Nicolás García Rodríguez; Teresa Hermosilla Gago; Pedro Martín Muñoz; Valerio Povedano Rodríguez; Lola Rivas Aguayo; Juan Romero Sánchez; Francisco Sánchez Prados; Reyes Sanz Amores; Juan Solanellas Soler

## **COLABORADORES**

José Escalona Rodríguez; Miguel Gallardo Lancho; María Jesús Pires Díaz; Leoncio L. Rodríguez Pérez.





# Índice

---

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO .....</b>	<b>13</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
Destinatarios y expectativas .....	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad .....	20
<b>4. SUBPROCESO OTITIS MEDIA AGUDA.....</b>	<b>23</b>
Definición global .....	23
Componentes. Descripción general .....	24
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	29
Recursos. Características generales. Requisitos .....	36
Unidades de soporte.....	37
<b>5. SUBPROCESO OTITIS MEDIA SECRETORIA .....</b>	<b>39</b>
Definición global .....	39
Componentes. Descripción general .....	40
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	45
Recursos. Características generales. Requisitos .....	53
Unidades de soporte.....	54
<b>6. SUBPROCESO OTITIS MEDIA RECURRENTE .....</b>	<b>55</b>
Definición global .....	55
Componentes. Descripción general .....	56
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	58
Recursos. Características generales. Requisitos .....	61
Unidades de soporte.....	62
<b>Competencias profesionales comunes a los tres subprocesos .....</b>	<b>63</b>
<b>7. INDICADORES .....</b>	<b>75</b>
<b>8. REPRESENTACIÓN GRÁFICA .....</b>	<b>81</b>

## Anexos

Anexo 1: Expectativas de los usuarios en relación al Proceso Otitis Media .....	93
Anexo 2: Códigos CIE asociados al Proceso Otitis Media .....	95
Anexo 3: Técnica de lavado ótico .....	97
Anexo 4: La otoscopia .....	99
Anexo 5: La timpanometría: técnica e interpretación .....	101
Anexo 6: Indicaciones de derivación a Especialista-ORL tras la intervención de miringotomía con drenaje transtimpánico .....	105
Anexo 7: Ayuda en la toma de decisiones referente a la intervención de miringotomía y colocación de tubos de aireación.....	107
Anexo 8: Consentimiento informado de carácter general para la miringotomía con tubo de aireación .....	109
Anexo 9: Documento informativo sobre los cuidados del paciente con tubos de aireación en relación a las precauciones con la entrada de agua en los oídos .....	111
Anexo 10: Hoja informativa para los pacientes intervenidos de miringotomía con inserción de tubos de aireación y que presentan, tras la intervención, infecciones óticas.....	113

## Bibliografía

- Bibliografía clave.....	115
- Bibliografía comentada que da apoyo a las recomendaciones en la otitis media recurrente.	117
- Referencias bibliográficas .....	119

<b>Abreviaturas .....</b>	<b>125</b>
---------------------------	------------

# 1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad la calidad asistencial ocupa un lugar importante en las políticas de salud de todos los países desarrollados. En Andalucía, y en el marco del Plan de Calidad, la mejora en este sentido ha comenzado a materializarse a través de la Gestión por Procesos Asistenciales, entre los que se cuenta el Proceso Otitis Media. Cuando nuestro grupo recibió el encargo de realizar este proceso siempre pensamos que acometíamos una gran tarea y deberíamos superar un gran número de obstáculos: multicausalidad, presentación diversa, alta recurrencia, incertidumbre sobre los resultados que deben medirse, estacionalidad y resolución espontánea.

Además, el Proceso Otitis Media comparte con otros muchos la implicación de muy diversos profesionales en ámbitos reducidos de actividad, los cuales han estado distanciados, ignorando la actividad de cada uno de ellos. Por otra parte, es un proceso muy común en la infancia donde la variabilidad y el uso de procedimientos que no han demostrado efectividad están muy extendidos.

Resulta evidente que no es válida sólo una visión reducida de la salud, en el sentido de considerar como único valor el punto de vista exclusivo de la eficacia en el tratamiento individual de nuestros pacientes. Al contrario, este paradigma debe ser enriquecido con la incorporación de las expectativas del paciente, quien a menudo considera otros resultados como, por ejemplo, el disconfort, la pérdida de trabajo del cuidador, la calidad de vida y la preocupación por los costes. Se trata, en resumen, de incorporar a nuestra visión de salud una perspectiva holística.

Hemos priorizado y dividido el Proceso en tres Subprocesos, que se corresponden con las entidades más comunes: Otitis Media (OM) Aguda, incluyendo en la misma aquella que persiste a pesar del tratamiento adecuado, Otitis Media Recurrente y Otitis Media Secretoria.

La otitis media aguda es un proceso muy común en la infancia y, aunque carecemos de datos fiables de nuestra situación epidemiológica, presenta una evolución clínica favorable en la mayoría de los casos. Esta entidad constituye una de las primeras causas que motiva la prescripción de antibióticos en España, que es uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas. Por ello, en este proceso se aportan evidencias en el sentido de racionalizar la medicación tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Especializada (AE) e incorporar la analgesia como un objetivo no siempre considerado.

Asimismo, otro objetivo clave es incrementar en los sanitarios la formación en el diagnóstico, extender procedimientos de diagnóstico como la otoscopia neumática, y exigir material con certificación de calidad. En los raros casos en que la sintomatología persista, deberá existir coordinación con AE en la que se deben realizar técnicas más sofisticadas y, a su vez, proveer un intercambio adecuado de información.

Otro Subproceso es la Otitis Media Recurrente cuyo objetivo es que aquellas intervenciones preventivas que están sólidamente basadas en la investigación, se apliquen a todos los afectados para disminuir las recurrencias, a la vez que favorecer el uso racional de los procedimientos quirúrgicos. Fundamentalmente, se pretende evitar las recaídas y con ello mejorar la calidad de vida del paciente.

Por último, la otitis media secretoria está caracterizada por la presencia de líquido en el oído medio en ausencia de infección. Tiene abundantes sinonimias como: otitis serosa, otitis seromucosa, otitis media catarral crónica, otitis media crónica con efusión, *glue ear*, etc. Es muy frecuente en niños, situándose la máxima incidencia entre los 2 y 4 años de edad. Con frecuencia pasa desapercibida y es infradiagnosticada porque sólo se manifiesta por la hipoacusia. El diagnóstico incluye la exploración adecuada utilizando la otoscopia neumática en AP para evaluar la movilidad de la membrana timpánica y su confirmación con la timpanometría. Pero la indicación de intervención viene condicionada por la valoración de la función auditiva mediante test audiométricos en los que se constata una hipoacusia de transmisión.

La otitis media secretoria suele evolucionar de manera espontánea hacia la curación en un periodo que oscila entre varias semanas y tres meses. Sólo cuando transcurrido este lapso de tiempo persiste la sintomatología, la mayoría de autores se plantean algún tipo de tratamiento. Tras 3 meses de evolución, si se comprueba una pérdida auditiva bilateral mayor de 20 dB, se estima la posibilidad de un tratamiento o bien una timpanostomía con inserción de tubos de drenaje transtimpánico. Las repercusiones en el desarrollo del lenguaje de un niño afecto de otitis media secretoria, los resultados obtenidos a corto y a largo plazo en función del tipo de tratamiento, la escasa utilización de la otoscopia neumática, así como el difícil acceso a pruebas como la timpanometría, son motivo de que el control actual de la otitis media secretoria sea deficiente.

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Definición funcional:** Conjunto de actividades por las que, tras la presencia de síntomas y signos de otitis, se lleva a cabo el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

**Límite de entrada:** Demanda de atención por síntomas de otitis, independientemente de donde ésta se manifiesta: AP (Centro de Salud, DCCU-AP) o SCCU-H.

**Límite final:** Cuando se produce la resolución del problema clínico, una vez se ha realizado el diagnóstico y tratamiento correctos y el paciente y/o cuidador conocen los aspectos preventivos.

**Límites marginales:** Se contemplan 3 circunstancias:

1. Edad: menores de 1 mes y mayores de 14 años.
2. Patología asociada: anomalías craneofaciales e inmunodeficiencias.
3. Tipos de otitis:
  - Otitis externas.
  - Miringitis.
  - Reagudizaciones de otitis media crónica simple o colesteatomatosa.

**Observaciones:** Se incluyen 3 Subprocesos: Otitis Media Aguda, Otitis Media Secretoria y Otitis Media Recurrente.

# 3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

## Destinatarios y Expectativas

### PACIENTE

- Desaparición del dolor de oídos.
- Desaparición de otros síntomas.
- Ser tratado con cariño y amabilidad.
- No sufrir pruebas diagnósticas dolorosas o desagradables.
- Permanecer acompañado de sus familiares cuando está hospitalizado.

### FAMILIARES

- Dotación de material sanitario adecuado para el diagnóstico y/o el tratamiento de la otitis (instrumental, otoscopio).
- Cuidar que la sala de espera sea sólo de niños cuando se trate de una consulta pediátrica.
- Facilidad para entrar con los coches de paseo en las consultas cuando se trata de un paciente pediátrico.
- Ausencia de demora para realizar pruebas o técnicas (audiometría, lavado ótico, etc.).



- Aumento de la sensibilidad por parte del profesional ante la aplicación de técnicas que provoquen dolor, malestar, trastornos de equilibrio, etc.
- Que atiendan al paciente en consulta especializada sin demora para la OM aguda.
- No ser tratado como enfermo de segunda en las urgencias hospitalarias porque “su problema no es grave”.
- Recibir información comprensible acerca de la otitis, de los distintos tratamientos y de la gravedad.
- Recibir información comprensible de los riesgos de las intervenciones quirúrgicas y del riesgo de quedar sordo.
- Que el material (el otoscopio p.ej.) tenga aspecto limpio y nuevo (de calidad).
- Ser atendido en la consulta a la hora en que estás citado, y no tener que esperar mientras el profesional atiende a los visitantes, a otro colega, etc.
- Que no le anulen o cambien las citas con poco tiempo.
- Que el diagnóstico y el tratamiento no varíe porque cambie el ORL (Otorrinolaringólogo) o el Pediatra.
- Seguridad de que el profesional está aplicando la mejor forma de diagnosticar y tratar la otitis.
- Que no le repitan las mismas pruebas en distintos sitios porque no hay conexión entre el Especialista y el Médico general.
- Información completa acerca de las posibles complicaciones en domicilio.
- Recibir información de cuidados / atención del paciente con otitis sobre todo con relación al cuidado de los tubos de drenaje si el paciente los lleva.

### AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- Información explícita sobre movimientos y posturas que se deben evitar en el paciente antes y después de una intervención para su manejo y traslado en el recinto sanitario.

### CELADOR

- Información explícita de la especificidad sobre técnicas de limpieza de material de consulta de ORL.
- Recibir la formación suficiente para la ayuda en técnicas y la exploración en Consulta de ORL.

### ENFERMERA

- Elaborar protocolos comunes entre AP y AE consensuados para que la continuidad del cuidado del paciente con OM sea posible.
- Recibir formación específica sobre los cuidados necesarios en la otitis (OM aguda, OM recurrente y OM secretoria).

- Conocer el plan asistencial indicado por el Médico responsable para adecuar el plan de cuidados del paciente.
- Disponer del material y equipamiento adecuado para los cuidados / técnicas del paciente.
- Poder elaborar un Plan de Cuidados individualizado para cada paciente.
- Disponer de personal no sanitario de referencia por área funcional (celadores, limpieza, etc.).
- Disponer de un entorno adecuado para proporcionar al paciente unos cuidados en las condiciones higiénico-sanitarias y de confort adecuadas.
- Cuando el paciente esté hospitalizado, disponer de ropa limpia en cantidad suficiente y útiles de higiene que permitan dispensar los cuidados con las condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.
- Disponer de un informe post-hospitalización para el seguimiento de cuidados en Atención Primaria.
- Mejorar la comunicación y el diálogo con otros estamentos.

## **FACULTATIVOS**

### **En el área organizacional / institucional**

- Disponer de tiempo suficiente en las consultas para los pacientes con otitis.
- Mejorar la comunicación y el diálogo con los familiares en la atención al paciente con otitis media.
- Conocer las actividades realizadas por el “otro nivel asistencial” (AP/AE).
- Apoyo institucional que impulse el seguimiento de las recomendaciones.
- Que la zona de trabajo tenga un diseño funcional para el desarrollo de la atención sanitaria.
- Que el material y equipamiento necesario para la asistencia se encuentre en perfecto estado de uso.
- Disponer de un espacio suficiente para el trabajo de grupo, zona de estar y despachos para informar a pacientes y familiares, de forma que la permanencia en el centro sea confortable y garantice las condiciones de intimidad necesarias en la relación del paciente con los profesionales del centro.

## **FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRAS Y MÉDICOS DE FAMILIA)**

### **En el área profesional/asistencial**

- Disminuir la variabilidad en función de guías clínicas basadas en la evidencia y en su defecto de consenso.
- Disponer de la historia clínica en el momento de la consulta.

- Que los resultados de exploraciones complementarias estén disponibles en tiempos adecuados.
- Que se disponga de adecuadas áreas de apoyo para llevar a cabo tareas de información, elaboración de informes clínicos y demás temas relacionados o derivados de la relación médico-enfermo.
- Que se implante un sistema de incentivos ligado a objetivos derivados de la puesta en marcha de la gestión del Proceso Otitis Media.
- Disponer de técnicas diagnósticas en Atención Primaria y se les faciliten respuestas en tiempo adecuado (otoscopia neumática y timpanometría).
- Disponer de más tiempo por paciente en la consulta.
- Respuesta rápida y sin demora del ámbito especializado.
- Que sea posible y fácil el acceso a una formación continuada sobre el Proceso Otitis Media y, en especial, sobre la otoscopia.
- Que el Médico de AP pueda solicitar una timpanometría mediante protocolo.
- Tener más accesibilidad al nivel de asistencia especializada: tecnología que facilite la comunicación directa, resultados de pruebas e informes.
- Disponer de especialistas para interconsulta en AP y con experiencia en la atención en niños.
- Recibir informe por parte del ORL.
- Tiempos de espera adecuados en la demanda de Atención Especializada por el Médico de AP.
- Que haya continuidad en la asistencia del paciente por el mismo Especialista.
- Que la primera prescripción derivada de la Atención Especializada se efectúe por el ORL.
- Que el ORL prescriba por principios activos.
- Tener una mayor consideración profesional desde el Hospital hacia la AP.

### **FACULTATIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (ORL)**

- Que el enfermo sea remitido con un informe clínico por el Médico de AP.
- Mayor seguimiento del Médico de AP a sus pacientes controlados en el Hospital.
- Que los médicos de AP puedan rotar periódicamente por el servicio y hacer guardias en el Hospital.

### **FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE URGENCIAS**

- Que el paciente y/o familiares tengan una información adecuada acerca de la utilización de la urgencia hospitalaria como recurso sanitario.
- Que exista posibilidad de comunicación con el Médico responsable de la derivación, a la llegada del paciente a Urgencias, si se precisa.

- Que el proceso no se interrumpa por deficiencias en los circuitos no dependientes de la organización y gestión del área de Urgencias (Laboratorios, Radiología, Admisión de hospitalización).
- Que exista disponibilidad de consulta especializada con carácter preferente, para la valoración de los pacientes que lo precisen, en tiempo adecuado.
- Que exista disponibilidad inmediata de cama de hospitalización para todo paciente que la precise.
- Que exista disponibilidad inmediata de Asistencia Social para solventar en tiempo adecuado (horas) la problemática social como motivo exclusivo de la presencia o permanencia en Urgencias.

## UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

- Disponer de los recursos y procedimientos necesarios para el desarrollo operativo de:
  - Libre elección de Médico
  - Derivación y traslado de pacientes
  - Atención a sugerencias, quejas y reclamaciones
  - Atención social
- Disponer de información actualizada sobre: ubicación de centros, red de comunicación, organigrama; modificaciones en la programación de actividad (y causas justificativas de las modificaciones); cartera de servicios del propio centro, de los centros de referencia y de los centros concertados de su área.
- Disponer de un plan de comunicación interno y externo.
- Disponer de recursos suficientes para el desempeño de su función.
- Que se agilicen los trámites administrativos de alta.
- Que se adopten las medidas necesarias para la implantación de la “ventanilla única”.
- Poder facilitar información a usuarios y familiares que permita el conocimiento por los mismos de:
  1. La carta de derechos y obligaciones.
  2. La cartera de servicios del centro.
- Las comunicaciones (externas e internas) necesarias para facilitar la accesibilidad.

---

\*Existe información complementaria sobre expectativas en el Anexo 1.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (COMUNES A TODO EL PROCESO):

- Instauración del tratamiento según guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Material de uso en consulta con certificación de calidad.
- Realización coordinada de pruebas diagnósticas entre AP y AE.
- Establecer criterios conjuntos para ingreso entre AP y AE (ingreso programado).
- Establecer criterios para el alta precoz, y pautas de seguimiento domiciliario.
- Que haya siempre un acompañante con el paciente.

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (ESPECÍFICAS DEL SUBPROCESO OM AGUDA):

- Atención rápida en Atención Primaria sin demoras (menos de 24 horas en la OM aguda).
- Atención Especializada (menos de 48-72 horas) sin demora en la OM aguda.
- Manejo estandarizado del dolor y de la fiebre.

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (ESPECÍFICAS DEL SUBPROCESO OM SECRETORIA):

- Realizar el diagnóstico de OM secretoria en AP.
- Efectuar la timpanometría en menos de 7 días.
- Control y revisión ORL a los 3 meses o antes si aparecen síntomas de alarma.
- Establecer criterios comunes para la indicación quirúrgica.
- Establecer criterios homogéneos para el procedimiento quirúrgico.
- Establecer pautas de seguimiento de control periódico post-operatorio.

### **CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (ESPECÍFICAS DEL SUBPROCESO OM RECURRENTE):**

- Diagnóstico de OM recurrente en Atención Primaria.
- Realización de un estudio inmunológico, preferentemente en AP.
- Consulta para una evaluación de la audición.
- Establecer criterios comunes para la indicación quirúrgica.
- Establecer criterios homogéneos para el procedimiento quirúrgico.
- Establecer pautas de seguimiento de control periódico post-operatorio.

### **DESTINATARIO: PACIENTE Y FAMILIARES**

### **FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

#### **CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD**

- Información estandarizada completa tras el diagnóstico, en lenguaje claro e inteligible, de las características de su proceso, pronóstico, tratamiento correcto, hábitos recomendables, plan de cuidados en general y participación en la toma de decisiones.
- Información médica de todo el proceso desde la consulta inicial hasta la resolución final del mismo.
- Uso de material escrito con el diseño de los distintos planes de cuidados propuestos en lenguaje inteligible.
- Suministro de folletos de cuidados y consejos en pacientes intervenidos.

## DESTINATARIO: FAMILIARES Y PACIENTES

### FLUJOS DE SALIDA: SEGUIMIENTO ASISTENCIAL

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (COMUNES A TODO EL PROCESO):

- Programa de adiestramiento en cuidados /atención para familiares de pacientes con otitis, sobre todo con relación al cuidado de los tubos de drenaje en caso de llevarlos.
- Desarrollar programas de contacto /consulta telefónica, para seguimiento de pacientes; activación del circuito de alarma en Urgencias.
- Programas de evaluación y control de medicación en pacientes con incumplimiento sistemático cuando el familiar no pueda suplir tal función.

## DESTINATARIO: FACULTATIVOS/PERSONAL DE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

### FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD (COMUNES A TODO EL PROCESO):

- Plan de comunicación externa entre los diferentes profesionales implicados en la atención de los pacientes con otitis.
- Protocolos de seguimiento de otitis entre los diferentes niveles asistenciales adaptados a las características del medio.
- Programas de actualización interdisciplinar y de formación en técnicas de otoscopia e interpretación de timpanometría.
- Programas de formación en técnicas de lavado ótico.
- Informe de alta / seguimiento tras cada actuación e ingreso.
- Manejo de pacientes portadores de tubos de ventilación transtimpánicos.
- Informe de alta/ seguimiento tras cada actuación, ingreso, etc.

# 4 SUBPROCESO OTITIS MEDIA AGUDA

## Definición global

**Definición funcional:** Conjunto de actividades por las que, tras la aparición de síntomas sugestivos de otitis media aguda, se hace un diagnóstico, se instaura un tratamiento y se adoptan las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles de actuación.

**Límite de entrada:** Demanda de atención por síntomas de otitis media aguda [entendiendo por tales la presencia en las últimas 48 horas de uno de los siguientes: otalgia (o tracción de la oreja en menores de 2 años), otorrea, irritabilidad (en lactante / preescolar), falta de descanso nocturno, fiebre (con o sin náuseas, vómitos o diarrea); siendo necesario poner de manifiesto la existencia de líquido en el oído medio mediante timpanocentesis, presencia de exudado en conducto auditivo externo o disminución / ausencia de movilidad de la membrana timpánica (con o sin los siguientes signos exploratorios: opacificación de la membrana, abombamiento del tímpano o disminución de la audición), independientemente de donde ésta se manifieste: CS, DCCU-AP, SCCU-H.



**Límite final:** Alta por tratamiento etiológico eficaz y otoscopia de control a los 90 días compatible con la normalidad. Los familiares y/o cuidadores conocen los aspectos preventivos del proceso. Evolución a otitis media secretoria (Subproceso Otitis Media Secretoria).

**Límites marginales:** Otitis media aguda en pacientes con inmunodeficiencias. Otitis media aguda en pacientes con anomalías craneofaciales. Otitis media aguda como reagudización de un proceso previo de otitis crónica. Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años. Complicaciones locales (perforación crónica, mastoiditis, petrositis, parálisis facial, laberintitis, atelectasia, colesteatoma, timpanoesclerosis) y/o sistémicas sépticas (meningitis, absceso cerebral).

**Observaciones:** Las principales dificultades para el diagnóstico adecuado son: edad del paciente, presencia de cera, difícil visualización del tímpano e insuficiente habilidad en las técnicas diagnósticas. También es fundamental el seguimiento minucioso del proceso y con ideas claras de las decisiones que deben adoptarse en función de la persistencia de los síntomas y los momentos idóneos de derivación que beneficien al paciente.

## Componentes. Descripción general

Negro: Vía común.

Azul: Plan de cuidados con antibioterapia.

Rojo: Plan de cuidados expectante.

QUÉ	GESTIONAR CITA PARA PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA Y/O PEDIATRA/FEA DE URGENCIAS
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP u Hospital
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Centro de Salud o SCCU-H
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

QUÉ	VALORACIÓN MÉDICA
QUIÉN	Pediatra/ Médico de Familia o Pediatra /FEA de Urgencias Hospital
CUÁNDO	2º A
DÓNDE	Centro de Salud o SCCU-H
CÓMO	Según guía clínica de actuación: <b>(GPC-BE)</b> : – Plan de cuidados con antibioterapia: tratamiento antibiótico inicial – Plan de cuidados expectante: tratamiento sintomático

QUÉ	LAVADO ÓTICO
QUIÉN	Enfermería
CUÁNDO	2º B (Si existe presencia de tapón de cerumen)
DÓNDE	Centro de Salud/ SCCU-H
CÓMO	Según guía clínica de actuación (Anexo 3)

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICOS DE AP (PEDIATRA O MÉDICO DE FAMILIA)
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
<b>QUIÉN</b>	Pediatra /Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	4º - 4º (Tras el diagnóstico de otitis media aguda, si persisten los síntomas)
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica de actuación: – Plan de cuidados con antibioterapia inicial – Plan de cuidados expectante

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE AP (PEDIATRA O MÉDICO DE FAMILIA)</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	5º - 5º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
<b>QUIÉN</b>	Pediatra /Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	6º - 6º (Si persisten los síntomas y no hay mejoría tras la terapia instaurada)
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica de actuación: – Plan de cuidados expectante – Plan de cuidados de antibioterapia

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE AP (PEDIATRA O MÉDICO DE FAMILIA)</b>
------------	---

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
------------	--------------------------

QUIÉN	Pediatra /Médico de Familia
CUÁNDO	8º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía clínica de actuación o plan de cuidados expectante

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>
------------	--

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	9º - 7º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA (1ª CONSULTA)</b>
------------	--

QUIÉN	ORL
CUÁNDO	10º - 8º
DÓNDE	Servicio de ORL: Hospital o CPE
CÓMO	Según guía clínica: exploración, miringotomía si procede, y recogida de muestras para cultivo

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	11º - 9º
DÓNDE	Servicio de ORL: Hospital o CPE
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA (2ª CONSULTA)</b>
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	12º - 10º
DÓNDE	Servicio de ORL: Hospital o CPE
CÓMO	Según guía clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recogida de resultados de pruebas complementarias</li> <li>– Plan de cuidados a seguir con informe escrito para la familia y los Médicos de AP (Pediatras o Médicos de Familia)</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
QUIÉN	Pediatra /Médico de Familia
CUÁNDO	13º - 11º (Consulta 90 días)
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Comprobar la no existencia de líquido en el oído para descartar una OM secretoria



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
<b>1º</b> Gestionar cita para el Pediatra o Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:<ul style="list-style-type: none"><li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li><li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas con personal suficiente, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li><li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li></ul></li><li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li><li>• No demora desde la petición de la cita hasta la primera consulta en AP.</li><li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li></ul>

Médicos de AP (Pediatras y Médicos de Familia) /FEA de SCCU-H	
Actividades	Características de calidad
<b>2ªa</b> Valoración médica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ante la presencia de síntomas de infección de vías respiratorias superiores (rinorrea, tos), síntomas generales (rechazo de la alimentación, irritabilidad, fiebre) y/o síntomas locales (otorrea, otalgia, tocarse el oído), el Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia) debe, sobre todo a menores de 2 años, realizar una otoscopia (Nivel IV-Grado C). La ausencia de síntomas de infección de vías respiratorias altas hace poco probable el diagnóstico de OM aguda (Nivel III-Grado B).</li><li>• El diagnóstico de OM aguda se lleva a cabo por la presencia de:<ul style="list-style-type: none"><li>– Síntomas: otorrea, otalgia, tocarse el pabellón auricular, no descanso nocturno, rechazo de la alimentación (Nivel III-Grado B).</li><li>– Signos: abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano (otoscopia neumática) (Nivel III-Grado B).</li></ul></li></ul>

- El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen y técnica adecuada (Nivel IV-Grado C).
- Una vez tomada la decisión de tratamiento, existen 2 opciones:
  - Plan de cuidados con antibioterapia inicial:
    - Indicado en niños menores de 2 años o mayores de 2 años con afectación del estado general (fiebre mayor de 39° y otalgia de más de 6 horas, a pesar de la toma de analgésicos) (Nivel Ib- Grado A) .
    - La amoxicilina es el fármaco de primera elección (Nivel Ia-Grado A): amoxicilina 40-50 mg/kg/día o 80-90 mg/kg/día, si existe riesgo neumocócico (asistencia a guardería y tratamiento antibiótico en el mes previo a la consulta) durante 10 días (Nivel IV-Grado C) o 5-7 días, si es mayor de 2 años (Nivel Ia-Grado A).
    - Analgesia: paracetamol 15 mg/kg/dosis/4-6 horas e ibuprofeno 10 mg/kg/dosis.
    - No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos y antihistamínicos (Nivel Ib-Grado A).
    - Dar instrucciones sobre medicación, seguimiento y nueva consulta.
  - Plan de cuidados expectante:
    - Indicado en mayores de 2 años con poca afectación del estado general (Nivel III-Grado B).
    - Vigilancia y analgésicos: paracetamol, ibuprofeno, a dosis habituales.
    - No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos ni antihistamínicos (Nivel Ib-Grado A).
    - Dar instrucciones sobre medicación, seguimiento y nueva consulta.
- Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).

## Enfermería AP /SCCU-H

Actividades	Características de calidad
<p><b>2ºb</b> Lavado ótico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay que realizar la técnica adecuada, con sensibilidad y cuidado en el manejo del instrumental, con amabilidad y cariño para con el niño y explicación del proceso a los padres (Anexo 3).</li> <li>• En el caso de niños menores de 2 años con síntomas agudos es preferible la aspiración suave con visión directa realizada por el ORL.</li> </ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>3º</b> Gestión de cita para Médicos de AP (Pediatra/Médico de Familia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita para la 2º visita se dará preferentemente entre las 48-72 horas tras la primera visita, sólo si la evolución es desfavorable.</li> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

## Pediatra/ Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p><b>4º - 4º</b> Valoración médica: 2ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los síntomas generales-locales, los signos, el rechazo al tratamiento, los efectos adversos de la medicación.</li> <li>• El fallo del tratamiento puede ser definido por la falta de la mejoría de los síntomas, tales como dolor de oídos o fiebre, otorrea, o persistencia de los hallazgos patológicos en la exploración.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan de cuidados con antibioterapia:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• El antibiótico de 2ª elección, ante el fallo del tratamiento a las 72 horas, debe ser en principio amoxicilina + ácido clavulánico (Nivel IV-Grado C) a una dosis de 80-90 mg/kg + 10 mg/kg/día, respectivamente (Nivel Ib-Grado A).</li> <li>• Dar instrucciones sobre medicación, seguimiento y nueva consulta.</li> <li>• En caso de alergia a los betalactámicos, derivar al paciente al ORL.</li> </ul> </li> <li>– Plan de cuidados expectante:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la persistencia de los síntomas, o fallo del tratamiento, se debe introducir antibioterapia: amoxicilina 40-50 mg/kg/día (Nivel IV-Grado C) o 80-90 mg/kg/día, si</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



	<p>existe riesgo de infección neumocócica (asistencia a guardería y tratamiento antibiótico en el mes previo a la consulta) (Nivel IV-Grado C) durante 5-7 días (Nivel I-Grado A).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar instrucciones sobre medicación, seguimiento y nueva consulta.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>
--	---

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p style="color: #800000; text-align: center;">5º - 5º</p> <p>Gestionar 3ª cita para el Pediatra y Médico de Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita para la 3ª visita se dará preferentemente entre las 48-72 horas tras la segunda visita, sólo si la evolución es desfavorable.</li> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permitan visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita hasta la consulta en AP.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

### Pediatra/ Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="color: #800000; text-align: center;">6º - 6º</p> <p>Valoración médica: 3ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los síntomas /signos, las complicaciones, el rechazo al tratamiento, los efectos adversos de la medicación. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan de cuidados con antibioterapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación a ORL (ante persistencia de síntomas y signos).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de cuidados expectante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El antibiótico de 2ª elección, ante el fallo del tratamiento a las 72 horas (persistencia de los síntomas y signos), debe ser en principio amoxicilina + ácido clavulánico (Nivel IV-Grado C) a una dosis de 80-90 mg/kg + 10 mg/kg/día, respectivamente (Nivel Ib-Grado A).</li> <li>• Dar instrucciones sobre medicación, seguimiento y nueva consulta.</li> </ul> </li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>
--	--

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>7º</b></p> <p>Gestionar 3ª cita para el Pediatra y Médico de Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita para la 3ª visita se dará preferentemente entre las 48-72 horas tras la segunda visita, sólo si la evolución es desfavorable.</li> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita hasta la consulta en AP.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

### Pediatra/ Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p><b>8º</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los síntomas /signos, las complicaciones, el rechazo al tratamiento, los efectos adversos de la medicación.</li> </ul>

- Plan de cuidados expectante:
  - Derivación a ORL (ante persistencia de síntomas y signos).
- Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>9º - 7º</p> <p>Gestión de cita para AE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena comunicación entre el Centro de Salud/ Hospital, con fluidez en la gestión de las citas, con una demora no superior a 48-72 horas. Información sobre el lugar y horario de la consulta.</li> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:           <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita hasta que se efectúe la consulta.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

### ORL

Actividades	Características de calidad
<p>10º - 8º</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración inicial: persistencia de síntomas, medicación administrada.</li> <li>• Exploración visual: otoscopia u otomicroscopio.</li> <li>• Comprobación de movilidad timpánica: otoscopia neumática y/o timpanometría y/o reflectometría acústica.</li> <li>• Valorar indicaciones de miringotomía (Nivel IV - Grado C):           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Respuesta no satisfactoria a 2 series de antibióticos adecuados o tras fallo de la primera serie en alérgicos.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Otitis media en niños con severa otalgia, séptico o gravemente enfermo.</li> <li>• Realización de la miringotomía, si procede. Recogida de muestras para cultivo.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>
--	--

### Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
11 <sup>º</sup> - 9 <sup>º</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los hospitales.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas con personal suficiente, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita hasta la revisión de 7 días.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

### ORL

Actividades	Características de calidad
12 <sup>º</sup> - 10 <sup>º</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de resultados de pruebas complementarias: cultivo y antibiograma.</li> <li>• Seguimiento hasta la resolución. Realización de informe y derivación a AP.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>

## Pediatra / Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
13 <sup>º</sup> - 11 <sup>º</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda (Nivel IV - Grado C).</li> <li>Exploración con otoscopio neumático (movilidad timpánica) para descartar una OM secretoria.</li> <li>Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> <li>Dar recomendaciones preventivas: fomentar la lactancia materna, desaconsejar el tabaco en la familia y el uso del chupete (Nivel IIb-Grado B).</li> <li>No existe indicación en el momento actual de vacunación anti-neumocócica (Nivel IV - Grado C).</li> </ul>

## Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
<b>Instrumental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otoscopios</li> <li>Insuflador de la perilla neumática</li> </ul>	<p>El examen otoscópico precisa un instrumento que proporcione una correcta iluminación (&gt; 100 lux).</p> <p>Las baterías deben ser cambiadas a partir de 35 horas de uso.</p> <p>Los espéculos de goma de tamaño idóneo (otoscopia neumática).</p>
<b>Aparataje</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Timpanómetros y set de timpanostomía</li> </ul>	<p>La mayoría de los timpanómetros tienen las siguientes características técnicas:</p> <p>Frecuencia: 226 Hz</p> <p>Amplitud: 85 dB</p> <p>Rango de presión timpánica: +200 daPa a -600 daPa</p> <p>Rango de volumen absoluto: 0,1- 6cc</p> <p>Rango de <i>compliance</i> timpánica: 0,0-1,0 cc a 0,0-6,0 cc</p>

### Material fungible

- Rollos de papel timpanométrico
- Espéculos de otoscopio desechables
- Olivas de timpanómetro adaptable al tamaño del CAE (conducto auditivo externo) de los niños.

### Personal

- Enfermería, Auxiliar, Pediatra y Médico de Familia, ORL.

## Unidades de Soporte

### UNIDADES DE SOPORTE

S.º de Microbiología

Cultivo y antibiograma del exudado ótico incluyendo en el mismo antibióticos que puedan ser usados por vía oral.



# 5

## SUBPROCESO OTITIS MEDIA SECRETORIA

### Definición global

**Definición funcional:** Conjunto de actuaciones por las que se programa y se lleva a cabo el control del paciente con otitis media secretoria desde que se sospecha. Se delimitan los criterios de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico y seguimiento hasta la curación, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles de actuación.

#### Límite de entrada:

- Llegada del paciente, preferentemente a Atención Primaria por:
  - Hipoacusia.
  - Retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje.
  - Presencia de otalgia o sensación de taponamiento ótico.
  - Evaluación de un niño irritable o con alteraciones del sueño.
  - Evaluación en un niño con vértigo o alteraciones del equilibrio.
  - Pérdida auditiva observada en un *screening* (examen de salud escolar, consulta médica, etc.). Examen de rutina del oído por otro tipo de consulta médica.
- Cuando, pasados 90 días en la evolución de una otitis media aguda, se comprueba la presencia de líquido en el oído medio sin evidencia de infección.



**Límite final:** Cuando la audición se ha normalizado y ha desaparecido la imagen otoscópica de la OM secretoria.

**Límites marginales:**

- Otitis media secretoria en pacientes con inmunodeficiencias.
- Otitis media secretoria en pacientes con anomalías craneofaciales.
- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Evolución a las siguientes patologías crónicas: otitis media crónica simple, otitis media crónica colesteatomatosa, otitis adhesiva.

**Observaciones:**

- La escasa sintomatología a menudo dificulta el diagnóstico.
- Pueden plantearse problemas para establecer el grado de pérdida auditiva en niños menores de 5 años.
- Variabilidad en cuanto a la decisión terapéutica en niños menores de 2 años de edad.

## Componentes. Descripción general

QUÉ	GESTIONAR CITA PARA PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP u Hospital
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Centro de Salud o SCCU-H
CÓMO	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA EN 1ª CONSULTA</b>
<b>QUIÉN</b>	Pediatra/ Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	2º A
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según guía clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Confirmar sospecha</li> <li>– Realización de otoscopia neumática</li> <li>– Plan de cuidados</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>LAVADO ÓTICO</b>
<b>QUIÉN</b>	Enfermería de AP
<b>CUÁNDO</b>	2º B
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Protocolo de lavado de oídos (Anexo 3).

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIONAR CITA PARA TIMPANOMETRÍA Y PEDIATRA/ MÉDICO DE FAMILIA PARA 2ª CONSULTA</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	3º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>REALIZACIÓN DE TIMPANOMETRÍA</b>
<b>QUIÉN</b>	Consulta de timpanometría
<b>CUÁNDO</b>	4º
<b>DÓNDE</b>	Consulta de timpanometría (Hospital/CPE)
<b>CÓMO</b>	Según Anexo de timpanometría

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA DE PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA</b>
<b>QUIÉN</b>	Pediatra/Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	5º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica de actuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Interpretación de timpanometría (Anexo 5)</li> <li>– Plan de actuación según tipo de curva</li> <li>– Consejos preventivos</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIONAR CITA PARA 1ª CONSULTA DE ORL</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario
<b>CUÁNDO</b>	6º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA 1ª CONSULTA EN AE</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	7º
<b>DÓNDE</b>	Servicio de ORL: Hospital/CPE
<b>CÓMO</b>	Según guía de actuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Valoración clínica y de timpanometría, exploración audiométrica</li> <li>– Valoración de miringotomía según recomendaciones basadas en evidencias</li> <li>– Documento de ayuda de toma de decisiones y hoja de consentimiento informado (Anexos 7 y 8)</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	8º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS Según el Decreto de Garantía de Demora Quirúrgica

<b>QUÉ</b>	<b>ESTUDIO PREANESTÉSICO</b>
<b>QUIÉN</b>	Consulta de Preanestesia
<b>CUÁNDO</b>	9º
<b>DÓNDE</b>	Servicio de Anestesia: Hospital
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>CIRUGÍA</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	10º
<b>DÓNDE</b>	Servicio de ORL: Hospital
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de actuación del procedimiento quirúrgico Información post-intervención de cuidados post-operatorios (Anexo 9)

<b>QUÉ</b>	<b>REVISIÓN POST-INTERVENCIÓN</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	11
<b>DÓNDE</b>	Servicio de ORL: Hospital
<b>CÓMO</b>	Según guía de actuación y entrega de documentación informativa sobre cuidados posteriores (Anexo 9)

<b>QUÉ</b>	<b>REVISIONES POSTERIORES</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	12º -
<b>DÓNDE</b>	Servicio de ORL: Hospital
<b>CÓMO</b>	Según guía de actuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Valoración de complicaciones postquirúrgicas y exploración</li> <li>– Entrega de documentación informativa sobre cuidados posteriores (Anexo 9)</li> <li>– Informe para AP</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIONAR CITA PARA MÉDICO DE AP (PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA)</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	13º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>CONSULTA EN AP</b>
<b>QUIÉN</b>	Médicos de AP (Pediatra/Médico de Familia)
<b>CUÁNDO</b>	14º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Recepción de informe ORL de resolución

## Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>1º</b> Gestión de cita para Médicos de AP (Pediatra/Médico de Familia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas que disminuyan tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita hasta la primera consulta en AP.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

## Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia)

Actividades	Características de calidad
<p><b>2ºA</b> Valoración médica: 1ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se debe sospechar OM secretoria ante:<ul style="list-style-type: none"><li>– hipoacusia</li><li>– retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje*.</li><li>– presencia de otalgia o sensación de taponamiento ótico.</li><li>– evaluación de un niño irritable o con alteraciones del sueño*</li><li>– evaluación en un niño con vértigo o alteraciones del equilibrio*</li><li>– pérdida auditiva observada en un <i>screening</i> (examen de salud escolar, consulta médica, etc.).</li><li>– examen de rutina del oído por otro tipo de consulta médica (sin que haya presentado una OM aguda en los 3 meses previos).</li></ul></li><li>• La presencia de sintomatología sugestiva obliga a realizar una otoscopia neumática confirmándose la OM secretoria si hay signos de abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano.</li><li>• El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen mediante limpieza con lavado ótico y técnica adecuada.</li><li>• Plan de cuidados:<ul style="list-style-type: none"><li>– Tras la visita inicial, y una vez comprobados los signos en la otoscopia neumática, se debe establecer un periodo de observación (Nivel IV-Grado C) de 3 meses para confirmar la OM secretoria y entonces realizar una timpanometría, excepto si el síntoma de debut corresponde a los señalados anteriormente con asterisco.</li><li>– Control de los factores ambientales (Nivel II-Grado B) e iniciar consejos preventivos sobre el tabaco en el domicilio, el uso del chupete y la asistencia a guarderías (Nivel I-Grado B).</li></ul></li><li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li></ul>

Enfermería de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>2º B</b></p> <p>Lavado ótico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnica adecuada, sensibilidad y cuidado en el manejo del instrumental, amabilidad y cariño para con el niño, explicación del proceso a los padres.</li> </ul>

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>3º</b></p> <p>Gestión de cita para timpanometría y para Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas que disminuyan el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

Consulta de Timpanometría	
Actividades	Características de calidad
<p><b>4º</b></p> <p>Realización de timpanometría</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de la timpanometría, con una demora no superior a 7 días una vez completado el periodo de observación, según técnica y requerimientos descritos en Anexo 5.</li> <li>Remisión de resultados al Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia) para la interpretación del timpanograma y la valoración de plan a seguir.</li> </ul>

Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia)	
Actividades	Características de calidad
<p><b>5º</b></p> <p>Valoración médica: 2ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La interpretación del timpanograma determina el plan a seguir según se trate de un tipo de curva A, B o C (Anexo 5): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ante una curva tipo A bilateral, se procederá al alta.</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ante una curva tipo B unilateral o tipo C unilateral o bilateral (Nivel IV-Grado C), se procederá a la realización de un control cada 3 meses.</li> <li>- Ante una curva tipo B bilateral (Nivel III-Grado B), se debe realizar interconsulta al ORL.</li> <li>• Se derivará a Atención Especializada: si presenta una curva tipo B bilateral (Nivel III - Grado B) con síntomas de hipoacusia de más de 3 meses de evolución, o una curva tipo B unilateral con síntomas de hipoacusia de más de 6 meses de evolución (Anexo 5).</li> <li>• Dar consejos preventivos sobre el tabaco, la lactancia, el uso del chupete y la guardería (Nivel II-Grado B).</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>
--	---

Unidad de Atención al Usuario	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>6º</b></p> <p>Gestionar 1ª cita para ORL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> <li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li> <li>• No demora desde la petición de la cita en 15 días hasta la consulta en Atención Especializada.</li> <li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>7º</b> Valoración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe comprobar el diagnóstico de otitis media secretoria mediante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Otoscopia neumática.</li> <li>– Presencia de curvas B bilaterales con una hipoacusia referida de más de tres meses.</li> <li>– Curva tipo B unilateral con una hipoacusia referida de más de 6 meses.</li> </ul> </li> <li>• Se procederá, siempre que sea posible la colaboración del niño, a la realización de algún tipo de test audiométrico tonal liminar o, en su defecto, una audiometría lúdica para comprobar pérdidas medias en frecuencias conversacionales (500-2000 Hzs) de más de 20 dB (Nivel IV-Grado C):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si el niño tiene una audición en rango normal, se debe llevar a cabo observación (Nivel IV-Grado C) y un control de los factores ambientales.</li> <li>– Si el niño tiene un déficit bilateral de 20 dB o más, y la efusión persiste más de 3 meses, la recomendación es la realización de una miringotomía con tubos (Nivel IV-Grado C) o la administración de una serie de antibióticos en caso de que el paciente y/o familiares no acepten la intervención quirúrgica.</li> <li>– Si el niño tiene un déficit unilateral de 20 dB o más, y la efusión persiste más 6 meses, también la recomendación es la realización de una miringotomía con tubos (Nivel IV-Grado C).</li> </ul> </li> <li>• La miringotomía con o sin inserción de tubos no debe ser realizada en el niño con OM secretoria de una manera inicial. Hay evidencias con Grado I de recomendación de que la efusión se resuelve espontáneamente en la mayoría de los casos, y ausencia de evidencias concluyentes de que los cortos periodos de tiempo con efusión tengan efectos perjudiciales sobre la salud del niño.</li> <li>• La adenoidectomía no está recomendada para el tratamiento de la OM secretoria en ausencia de patología específica de las adenoides (Nivel IV-Grado C).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cumple alguno de los requisitos propuestos, se procederá a la propuesta quirúrgica de colocación de drenajes transtimpánicos y se entregará el consentimiento informado y el documento de ayuda para la toma de decisiones (Anexos 7 y 8).</li> <li>• Si no cumple los anteriores requisitos será derivado al Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia) con un informe de situación actual y con la recomendación de llevar a cabo las medidas preventivas.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>
--	---

### Unidad de Atención al Usuario hospitalaria

Actividades	Características de calidad
<p><b>8º</b> Gestión de lista de espera quirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena comunicación entre la unidad y los familiares a la hora de informar.</li> <li>• No demora en las listas de espera superior a 1-3 meses</li> </ul>

### Consulta de Preanestesia hospitalaria

Actividades	Características de calidad
<p><b>9º</b> Valoración preanestésica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracción sanguínea previa.</li> <li>• Registro de la historia anestésica según protocolos establecidos por la consulta.</li> </ul>

### ORL

Actividades	Características de calidad
<p><b>10º</b> Miringotomía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia general.</li> <li>• Programa de cirugía ambulatoria y alta durante el mismo día.</li> <li>• En hoja quirúrgica, anotación de la presencia o no de líquido tras la paracentesis y características del exudado.</li> <li>• Entrega de hojas informativas de cuidados post-operatorios (Anexos 9 y 10).</li> </ul>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>11º</b></p> <p>Control postquirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control postquirúrgico a los 15 días para: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comprobar, mediante otoscopia, la correcta ubicación del tubo de drenaje, características de la membrana timpánica, así como las posibles complicaciones.</li> <li>– Valorar la mejora auditiva a través de un control audiométrico y el grado de satisfacción del paciente y los familiares.</li> </ul> </li> <li>• Entrega de un documento informativo sobre los cuidados del paciente con tubos de aireación en relación a las precauciones con la entrada de agua en los oídos (Anexo 9).</li> <li>• Entrega de una hoja informativa para los pacientes intervenidos de miringotomía con inserción de tubos de aireación y que presentan, tras la intervención, infecciones óticas (Anexo 10).</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>12º</b></p> <p>Controles posteriores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles cada 4 meses hasta la expulsión espontánea de los tubos de aireación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Otoscopia de control y comprobación de que la ubicación del tubo de aireación es la adecuada.</li> <li>– Anotación de las complicaciones postquirúrgicas: otorrea, perforación timpánica, obstrucción del drenaje, colesteatoma adquirido.</li> <li>– Comprobación de la función auditiva: audiometría tonal o variantes lúdicas.</li> </ul> </li> <li>• Si la expulsión espontánea no se produce en los 48 meses posteriores a la intervención, se propondrá la extracción bajo sedación.</li> <li>• Tras la expulsión espontánea o extracción, se procederá a la comprobación de la función auditiva. En caso de estar con umbrales normales, se remitirá con un informe a su Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia).</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<b>13º</b> Gestionar cita para el Médico de AP (Pediatra /Médico de Familia)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:<ul style="list-style-type: none"><li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li><li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li><li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li></ul></li><li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li><li>• No demora desde la petición de la cita hasta la primera consulta en AP.</li><li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li></ul>

## Médico de AP (Pediatra/Médico de Familia)

Actividades	Características de calidad
<b>14º</b> Recogida del informe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recibir la información.</li><li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li></ul>



## Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
<b>Papelería</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Hª clínica y anexos</li><li>– Hojas de curvas audiométricas</li></ul>	
<b>Instrumental</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Otoscopios más insuflador de la perilla neumática</li><li>– Otomicroscopio quirúrgico</li></ul>	<p>El examen otoscópico precisa un instrumento que proporcione una correcta iluminación (&gt; 100 lux).</p> <p>Las baterías deben ser cambiadas a partir de 35 horas de uso.</p> <p>Los espéculos de goma de tamaño idóneo (otoscopia neumática).</p>
<b>Aparataje</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Timpanómetros</li><li>– Audiómetros</li><li>– Caja de juguetes sonoros para audiometría lúdica</li><li>– Cabina insonorizada</li></ul>	<p>Timpanómetro que permita hacer valoraciones hasta <math>-600 \text{ mmH}_2\text{O}</math> y técnica adecuada (Anexo 6)</p>
<b>Material fungible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Rollos de papel para el impedanciómetro</li><li>– Espéculos de otoscopio normales desechables y para otoscopia neumática</li><li>– Olivas de impedanciómetro adaptables al tamaño del niño</li><li>– Kits de miringotomía</li></ul>	
<b>Personal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Enfermería, Auxiliar, Pediatra, ORL, Anestesiista, Celadores</li></ul>	

## Unidades de Soporte

### UNIDADES DE SOPORTE

Sº de Laboratorio	Bioquímica, hematología (analítica).
Sº de Mantenimiento Técnico	Calibración periódica del timpanómetro y audiómetro.
Sº de Almacén	Material de repuesto.

# 6 SUBPROCESO OTITIS MEDIA RECURRENTE

## Definición global

**Definición funcional:** Conjunto de actuaciones por las que, tras la aparición de otitis media recurrente, se llevan a cabo las actividades de diagnóstico, se instaura un tratamiento y se adoptan las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

**Límite de entrada:** Identificación de otitis media recurrente (entendiendo por tal la ocurrencia de al menos tres episodios de OM aguda en los 6 meses previos o cuatro episodios en los últimos 12 meses), independientemente de donde ésta se produzca (siendo recomendable la entrada por AP).

**Límite final:** Alta por ausencia de un nuevo episodio de OM aguda en un periodo de observación de 6 meses a 1 año (incluyendo el periodo invernal), conociendo los familiares y/o cuidadores los aspectos preventivos del proceso.

### Límites marginales:

- Otitis media recurrente en pacientes inmunodeficientes.
- Otitis media recurrente en pacientes con anomalías craneofaciales.



- Otitis media aguda como reagudización de un proceso previo de otitis crónica.
- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Complicaciones locales (perforación crónica, mastoiditis, petrositis, parálisis facial, laberintitis, atelectasia, colesteatoma, timpanoesclerosis) y/o sistémicas sépticas (meningitis, absceso cerebral).

## Componentes. Descripción general

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIONAR CITA PARA MÉDICO DE AP (PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA)</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario
<b>CUÁNDO</b>	1º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
<b>QUIÉN</b>	Médico de AP (Pediatra/Médico de Familia)
<b>CUÁNDO</b>	2º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según guía clínica y recomendaciones basadas en evidencias

<b>QUÉ</b>	<b>VACUNACIÓN DE LA GRIPE</b>
<b>QUIÉN</b>	Enfermería
<b>CUÁNDO</b>	3º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	En otoño. Según protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA ORL</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	4º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Según el Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN ORL</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	5º
<b>DÓNDE</b>	Servicio de ORL (Hospital/CPE)
<b>CÓMO</b>	Según guía clínica y recomendaciones basadas en evidencias



# Profesionales. Actividades. Características de calidad

## UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>1º</b> Gestión de cita para Médicos de AP (Pediatra/Médico de Familia)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Atención al Usuario accesible:<ul style="list-style-type: none"><li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li><li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas que disminuyan tiempo de espera al teléfono).</li><li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li></ul></li><li>• Atención personalizada, amable, correcta.</li><li>• No demora desde la petición de la cita hasta la primera consulta en AP.</li><li>• Registro de datos sin errores administrativos.</li></ul>

## MÉDICO DE AP (PEDIATRA/MÉDICO DE FAMILIA)

Actividades	Características de calidad
<p><b>2º</b> Valoración clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar la presencia de OM recurrente: 3 o más episodios de OM aguda en 6 meses, o 4 en un año con normalidad entre ellos.</li><li>• Aplicar en cada episodio las recomendaciones y el Plan de Cuidados del Subproceso Otitis Media Aguda.</li><li>• Realizar un estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases, para descartar una inmunodeficiencia (Nivel IV-Grado C). En caso de confirmarse, derivar a AE (Sº de Alergia/Sº de Inmunología).</li><li>• Los pacientes con OM recurrente deben ser estudiados siempre por el ORL.</li><li>• Recomendaciones preventivas específicas tras el diagnóstico de OMR:</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe realizar vacunación antigripal (Nivel IIb-Grado B) de manera anual.</li> <li>- NO existe indicación en el momento actual de vacunación antineumocócica (Nivel IV-Grado C).</li> <li>- NO está indicada la administración profiláctica de antibióticos (Nivel Ia-Grado A). La efectividad de los mismos en nuestro contexto de resistencias es muy discutible, así como las evidencias de su efectividad a largo plazo (Nivel IV-Grado C).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente ideal para usar esta medida sería un niño menor de 2 años, con debut muy precoz en OM, antecedentes familiares de OM recurrente, cuya familia asegura la adherencia al mismo, y no desea que se le realice colocación de drenaje transtimpánico. En esta situación, se debe prescribir amoxicilina a 20mg/Kg/ día/ en dosis única. En caso de alergia a los betalactámicos, prescribir azitromicina 10mg/kg en dosis única, una vez a la semana, evaluándose su respuesta cada 3 meses.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 1).</li> </ul>
--	--

ENFERMERA DE AP	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>3º</b></p> <p>Vacunación</p>	3.1. Vacunación de la gripe en otoño (Nivel IIb-Grado B)

UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE AP	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>4º</b></p> <p>Gestión de cita para ORL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Atención al Usuario accesible: <ul style="list-style-type: none"> <li>a.- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b.- Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas y personas que atiendan, para que disminuya el tiempo de espera al teléfono).</li> <li>c.- Con posibilidad de acceso vía Internet (que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita).</li> </ul> </li> </ul>

- Atención personalizada, amable, correcta.
- No demora desde la petición de la cita en 15 días hasta la consulta en AE.
- Registro de datos sin errores administrativos.

## ORL

Actividades	Características de calidad
<p><b>5º</b> Valoración clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de un estudio inmunitario en caso de no realización previa.</li> <li>• Se debe manejar como el Subproceso de Otitis Media Secretoria cuando entra en consulta especializada de ORL para la indicación del drenaje transtimpánico. Es decir, que la presencia de una curva B plana bilateral de tres meses de duración y alteraciones de la audición con una pérdida superior a 20 dB es indicación del mismo. Pero, en el caso de que haya ausencia de derrame, no hay pruebas concluyentes que apoyen que la timpanostomía prevenga la recurrencia y que sea claramente superior a otros procedimientos. Sin embargo, previene el dolor y los síntomas generales de infección. Además, existen algunos ensayos clínicos con poca muestra de pacientes que concluyen que reduce los episodios totales de OM aguda.</li> <li>• Evaluar los factores predisponentes. Adenoides y amígdalas. Sólo está indicada la intervención para aquéllos que tienen clínica de obstrucción respiratoria alta. No es la OM recurrente una indicación aceptada exclusivamente sin la presencia de síntomas de obstrucción alta. Ver indicaciones de esta intervención en el Proceso de Adenoides y Amigdalectomía.</li> <li>• Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).</li> </ul>



## Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
<b>Papelería</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Hª clínica y anexos</li><li>– Hojas de curvas audiométricas</li></ul>	
<b>Instrumental</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Otoscopios mas insuflador de la perilla neumática</li><li>– Otomicroscopio quirúrgico</li></ul>	<p>El examen otoscópico precisa un instrumento que proporcione una correcta iluminación (&gt; 100 lux).</p> <p>Las baterías deben ser cambiadas a partir de 35 horas de uso.</p> <p>Los espéculos de goma de tamaño idóneo (otoscopia neumática).</p>
<b>Aparataje</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Timpanómetros</li><li>– Audiómetros</li><li>– Caja de juguetes sonoros para audiometría lúdica</li><li>– Cabina insonorizada</li></ul>	<p>Timpanómetro que permita hacer valoraciones hasta <math>-60 \text{ mmH}_2\text{O}</math> y técnica adecuada (Ver Anexo 5).</p>
<b>Material fungible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Rollos de papel para el impedanciómetro</li><li>– Espéculos de otoscopio normales desechables y para otoscopia neumática</li><li>– Olivas de impedanciómetro adaptable al tamaño del niño</li><li>– Kits de miringotomía</li></ul>	
<b>Personal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Enfermería, Auxiliar, Pediatra, ORL, Anestesiista, Celadores</li></ul>	



## Unidades de Soporte

### UNIDADES DE SOPORTE

Sº de Laboratorio	Determinación de inmunoglobulinas y subclases
Sº de Mantenimiento Técnico	Calibración periódica del timpanómetro y audiómetro (Electromedicina Hospitalaria).
Sº de Almacén	Material de repuesto. Programa específico de distribución de la vacuna de la gripe, con garantía de mantenimiento de la red de frío.

# Competencias Profesionales

## Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La **competencia** es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia*, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.



## Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los **Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo)** de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las **Competencias Específicas** por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el **Mapa de Competencias para el Proceso**, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	I	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	I	I	I				
C-0305	Conocimientos de técnicas exploratorias ORL (audiometrías, laringostroboscopia,...)	I	I	I				
C-0299	Diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades del oído (patología inflamatoria, fracturas y traumatismos, tumores del oído, malformaciones, vértigos, hipoacusia profunda infantil, parálisis facial,...)	I	I	I				
C-0606	Tratamiento quirúrgico según etiología	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	D	I	I				
H-0379	Manejo técnicas quirúrgicas según proceso	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	D	D	I				
H-0028	Habilidad en comunicación, transmisión	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0013	Disponibilidad	D	I	I				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0032	Reconocer logros y asumir errores	D	D	I				
A-0031	Promotor del cambio	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el "proceso"	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	I	I	I				
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
C-0609	Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del niño y/o adolescente que condicionan la relación con el profesional	I	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0180	Manejo del aparataje necesario para aplicar los conocimientos señalados	I	I	I				
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	I	I	I				
H-0041	Manejo del paciente pediátrico	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0272	Capacidad de comunicación (técnicas específicas)	I	I	I				
H-0357	Elaboración diagnóstico de Enfermería	I	I	I				
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I				
A-0067	Comprensión y adaptación con el entorno del niño y/o adolescente	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE OTITIS

### CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	Conocimientos básicos de calidad.
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática.
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización.
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo.
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas.
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos.
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado.
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico de inglés.
C-0085	Formación general en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo.
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria.
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA y las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía.
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros.
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica.
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad.
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía.
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica.
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica.
C-0174	Bioética	Técnica específica.
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica.
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios.
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad.
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica.
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía.
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica.
C-0305	Conocimientos de técnicas exploratorias ORL (audiometrías, laringostroboscopia,...)	Técnica específica.
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	Técnicas específicas.



## CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja.
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el "proceso"	Técnicas específicas.
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología.
C-0606	Tratamiento quirúrgico según etiología	Técnicas específicas.
C-0607	Conocimiento del implante según proceso específico	Técnicas específicas.
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	Técnicas específicas.
C-0609	Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del niño y/o adolescente que condicionan la relación con el profesional	

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación.
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados.
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente.
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos.
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada.
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones según su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, sin requerir de forma sistemática la aprobación de su superior.
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal.
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido.
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad.
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	Capacidad para la transmisión y expresión oral de ideas, pensamientos, iniciativas, posicionamientos..., con un adecuado manejo de la expresión no verbal.
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia con su tiempo y con el de los demás.
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita.
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual.
H-0041	Manejo del paciente pediátrico	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows.
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas.
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo.
H-0078	Afrontamiento del estrés	El profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo.
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos.
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales.
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta.
H-0180	Manejo del aparataje necesario para aplicar los conocimientos señalados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0272	Capacidad de comunicación (técnicas específicas)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0379	Manejo técnicas quirúrgicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0357	Elaboración diagnóstico de Enfermería	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria.
A-0007	Creatividad	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia.
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar.

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0013	Disponibilidad	El/la profesional está accesible a los demás y, cuando se le requiere, da su tiempo, conocimiento y trabajo.
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa y hace lo que piensa y dice.
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta, cuestionándose todo desde una perspectiva positiva.
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés.
A-0031	Promotor del cambio	El/la profesional está de forma cotidiana estableciendo nuevos retos, oportunidades, nuevas formas de hacer las cosas, etc.
A-0032	Reconoce los logros y asume los errores	El/la profesional es capaz de establecer lo que se hace bien y no se hace bien, tanto él/ella, como en su equipo, con una orientación positiva y de mejora.
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas.
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas.
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima.
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor.
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo.
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuánto hace y cómo lo hace.
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo.
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora.
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles.
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	El/la profesional es consciente de que sin los demás su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación.
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional.
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir.
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana.
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas de los pacientes y las convierte en objetivos que debe satisfacer.
A-0067	Comprensión y adaptación con el entorno del niño y/o adolescente	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas y respuestas de los niños y/o adolescentes, y es capaz de ponerse en su lugar para entender su comportamiento y actitudes.

# 7

## INDICADORES

Han sido seleccionados los criterios e indicadores que se exponen a continuación. Para ninguno de ellos se ha fijado un estándar, ya que éstos deberían basarse en un estudio de la situación previa

### 1.- CRITERIOS DE CALIDAD E INDICADORES “FUNDAMENTALES” PARA EL MANEJO DEL PROCESO OTITIS MEDIA

#### 1.1. Adecuación de la valoración y el diagnóstico

Criterios:

El correcto diagnóstico debe ajustarse a las recomendaciones:

- *OM aguda*

*Síntomas:* otorrea, otalgia, tocarse el oído, no descanso nocturno, rechazo alimentación (Nivel III-Grado B).

*Signos:* abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano (otoscopia neumática) (Nivel III-Grado B).

*El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen y técnica adecuada (Nivel IV-Grado C).*

- *OM recurrente:* 3 o más OM aguda en 6 meses o 4 en un año.
- *OM secretoria.*

	<p><i>Ante la presencia de sintomatología sugestiva, el Pediatra deberá realizar una otoscopia neumática.</i></p> <p><i>- <u>Síntomas</u>: hipoacusia.</i></p> <p><i>- <u>Signos</u>: abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano (otoscopia neumática).</i></p> <p><i>El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen y técnica adecuada.</i></p>
Indicador de proceso	<p><b>Proporción de niños diagnosticados correctamente:</b></p> <p>Nº de pacientes diagnosticados correctamente // Nº total de pacientes con diagnóstico de otitis media * 100.</p>
Comentarios	<p>Para el correcto diagnóstico de la OM se debe asegurar la formación en el manejo del otoscopio neumático. Si se desea monitorizar este indicador, se debe garantizar el registro exhaustivo de los síntomas y signos.</p>

## 1.2. Correcto manejo de la analgesia

Criterios:	<p>Se deben utilizar analgésicos y antipiréticos para el control de los síntomas en el manejo de los niños con OM aguda: paracetamol, ibuprofeno y ácido acetilsalicílico. No se recomienda el uso de gotas óticas, con o sin antibióticos, gotas nasales, mucolíticos o antihistamínicos, pues no aportan beneficios al tratamiento de la OM aguda (Nivel Ib-Grado A).</p>
Indicadores de proceso	<p><b>Proporción de pacientes con tratamiento analgésico correcto:</b></p> <p>Nº de pacientes con paracetamol y/o ibuprofeno y/o ácido acetilsalicílico // Nº total de pacientes diagnosticados de OM aguda y OM recurrente * 100.</p> <p>Nº de pacientes a los que no se le ha prescrito gotas óticas y/o gotas nasales y/o antihistamínicos al año // Nº total de pacientes con diagnóstico de otitis media durante ese año * 100.</p>
Comentarios	<p>La importancia de monitorizar este indicador viene determinada porque el dolor es el síntoma guía de la OM aguda y el que provoca la demanda de atención sanitaria y afecta a la calidad de vida de los niños. Además, dada la tasa de resolución espontánea de este subproceso, éste es el síntoma prioritario a tratar.</p>

### 1.3. Adecuación de tratamiento antibiótico

Criterios:	Si está indicada la antibioterapia, la amoxicilina debe ser el fármaco de primera elección si no existen contraindicaciones (Nivel Ia- Grado A). La antibioterapia está indicada cuando existe: persistencia de síntomas y /o signos a las 48 h. o más, niños < 2 años, episodios previos de OM aguda, OM aguda bilateral, presencia de complicaciones (Nivel IIIb ).
Indicador de proceso	<b>Proporción de elección adecuada del antibiótico (AB) prescrito al año:</b> Nº de pacientes en tratamiento con amoxicilina (sin contraindicaciones para prescribir este AB) al año // nº de pacientes con diagnóstico de otitis media en tratamiento antibiótico (sin contraindicaciones para prescribir amoxicilina) durante ese año *100.
Indicador de proceso	<b>Proporción de indicación adecuada de antibioterapia:</b> Nº de pacientes con prescripción adecuada de antibioterapia al año // Nº de pacientes total con diagnóstico de otitis media durante ese año *100.
Comentarios	La relevancia de este indicador viene determinada por ser España un país con elevada tasa de resistencia bacteriana.

## 2. OTROS CRITERIOS DE CALIDAD E INDICADORES “IMPORTANTES” PARA EL MANEJO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA

Criterio:	Los motivos de derivaciones de Urgencias y /o Atención Primaria a consulta hospitalaria deben ajustarse a los criterios especificados descritos en el apartado “Componentes” (Nivel IV-Grado C).
Indicador de proceso	<b>Proporción de derivaciones adecuadas al año:</b> Nº de pacientes derivados adecuadamente al año // Nº total de pacientes derivados a Urgencias y/o Atención Primaria y/o a consulta hospitalaria en ese año* 100.
Criterio:	Los ingresos hospitalarios deben cumplir los criterios especificados descritos en el apartado “Componentes” (Nivel IV - Grado C).
Indicador de proceso	<b>Proporción de ingresos adecuados al año:</b> Nº de pacientes ingresados adecuadamente al año// Nº total de pacientes ingresados en ese año *100.

Criterio:	Las indicaciones quirúrgicas deben cumplir los criterios especificados (Nivel IV-Grado C).
Indicador de proceso	<b>Proporción de tratamiento quirúrgico inadecuado al año:</b> $\frac{\text{Nº de pacientes con tratamiento quirúrgico adecuado al año}}{\text{Nº total de pacientes en tratamiento quirúrgico durante ese año}} * 100.$
Criterio:	Los familiares deberían estar satisfechos con la información recibida, la actuación clínica y el tiempo de espera (Consenso del grupo de trabajo para establecer esta norma de calidad).
Indicador de resultado	<b>Porcentaje de reclamaciones.</b> $\frac{\text{Nº reclamaciones realizadas en AP y/o AE al año de los casos diagnosticados de OM}}{\text{Nº total de pacientes en tratamiento quirúrgico durante ese año}} * 100.$
Indicadores de resultado	<b>Proporción de pacientes atendidos en &lt; 72 h en consultas de alta resolución.</b> $\frac{\text{Nº de pacientes atendidos en < 72 horas}}{\text{Nº total de pacientes derivados a consultas de alta resolución}} * 100.$
Comentarios	Si alguna organización decide pasar una encuesta de satisfacción específica para este proceso, se recomienda medir el índice de satisfacción.

### 3. CRITERIOS E INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA SUBPROCESO

#### OTITIS MEDIA RECURRENTE

Criterios:	Se debe realizar un estudio inmunológico (Nivel IV-Grado C). Está indicada la vacuna de la gripe (Nivel II-Grado B).
Indicadores de proceso	<b>Proporción de pacientes con OM recurrente con estudio inmunológico.</b> $\frac{\text{Nº de pacientes diagnosticados de OM recurrente con estudio inmunológico}}{\text{Nº total de pacientes diagnosticados de OM recurrente}} * 100.$ <b>Proporción de pacientes con OM recurrente vacunados de la gripe.</b> $\frac{\text{Nº de pacientes diagnosticados de OM recurrente vacunados de la gripe}}{\text{Nº total de pacientes diagnosticados de OM recurrente}} * 100.$

## OTITIS MEDIA SECRETORIA

Criterios:	Realización de una impedanciometría antes de 7 días (Consenso del grupo). El examen impedanciométrico requiere disponer de olivas de diámetros adecuados al CAE del niño y un impedanciómetro que permita hacer valoraciones hasta $-600 \text{ mmH}_2\text{O}$ y técnica adecuada. Audiometría de valoración previa al tratamiento quirúrgico (Nivel IV-Grado C). Correlación entre la pérdida auditiva e indicación de tubos de drenaje (Nivel IV-Grado C).
Indicadores de proceso	<p><b>Proporción de pacientes a los que se realiza una impedanciometría antes de 7 días.</b></p> <p><math>\text{N}^\circ</math> de pacientes a los que se realiza una impedanciometría antes de 7 días // <math>\text{N}^\circ</math> total de pacientes.</p> <p><b>Proporción de miringotomías positivas en caso de drenaje transtimpánico.</b></p> <p><math>\text{N}^\circ</math> de miringotomías positivas en caso de drenaje transtimpánico / <math>\text{N}^\circ</math> total de miringotomías en caso de drenaje transtimpánico * 100.</p>







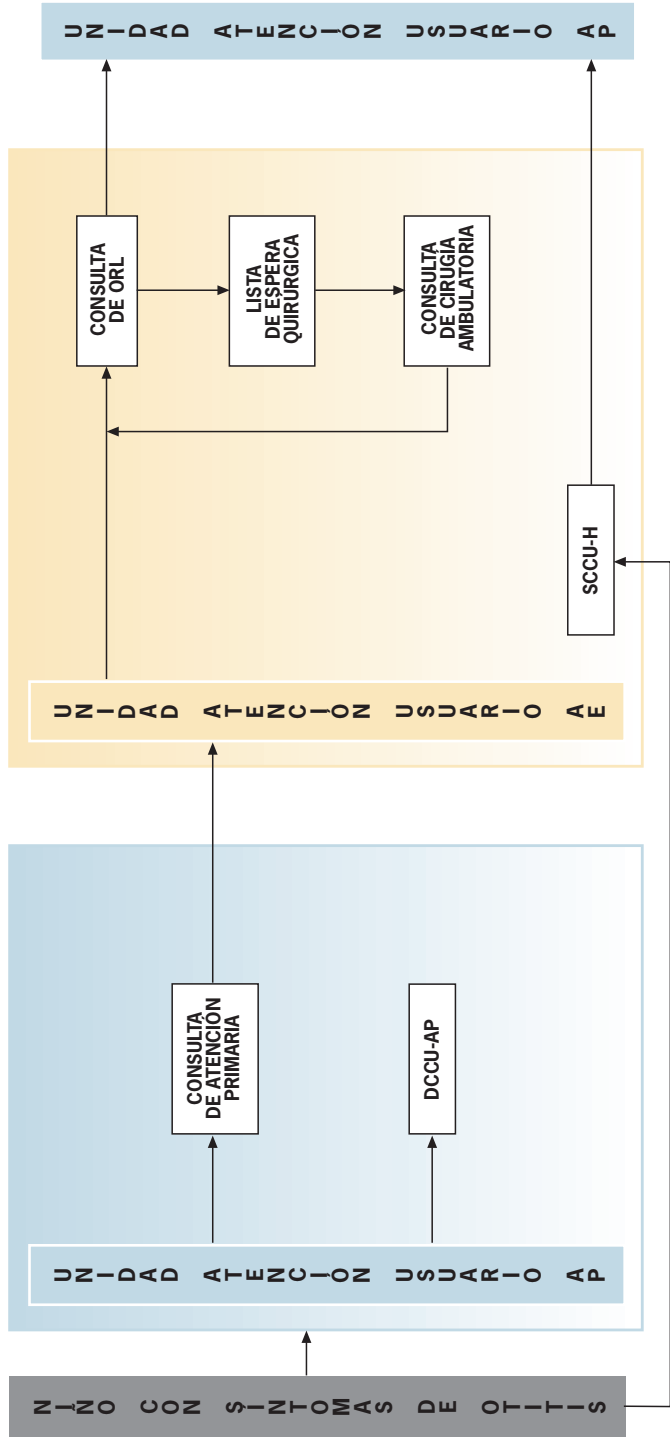
# 8

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: OTITIS MEDIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN PLANIFICACIÓN DE DOGENCIA



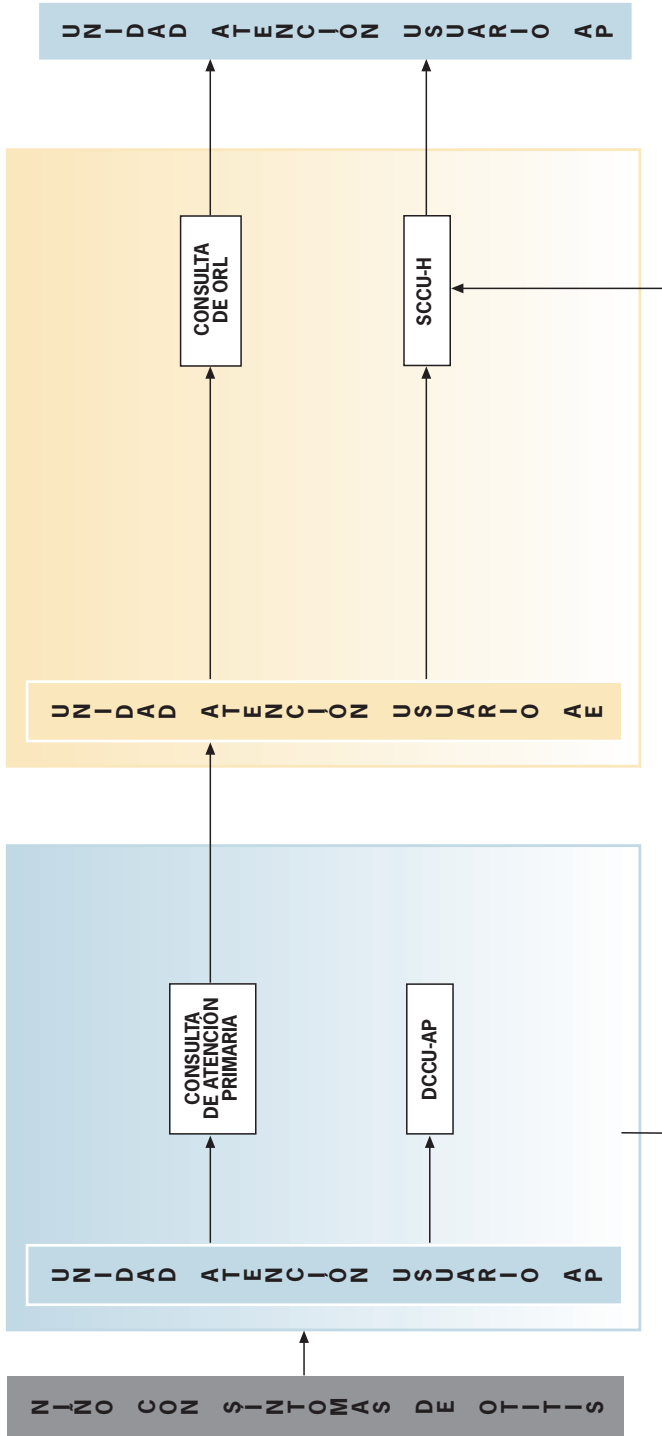
PROCESOS DE SOPORTE

Sº INFORMACIÓN Sº MICROBIOLOGÍA Sº ORL CONSULTA TIMPANOMETRÍA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: SUBPROCESO OTITIS MEDIA AGUDA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN PLANIFICACIÓN DE DOCENCIA



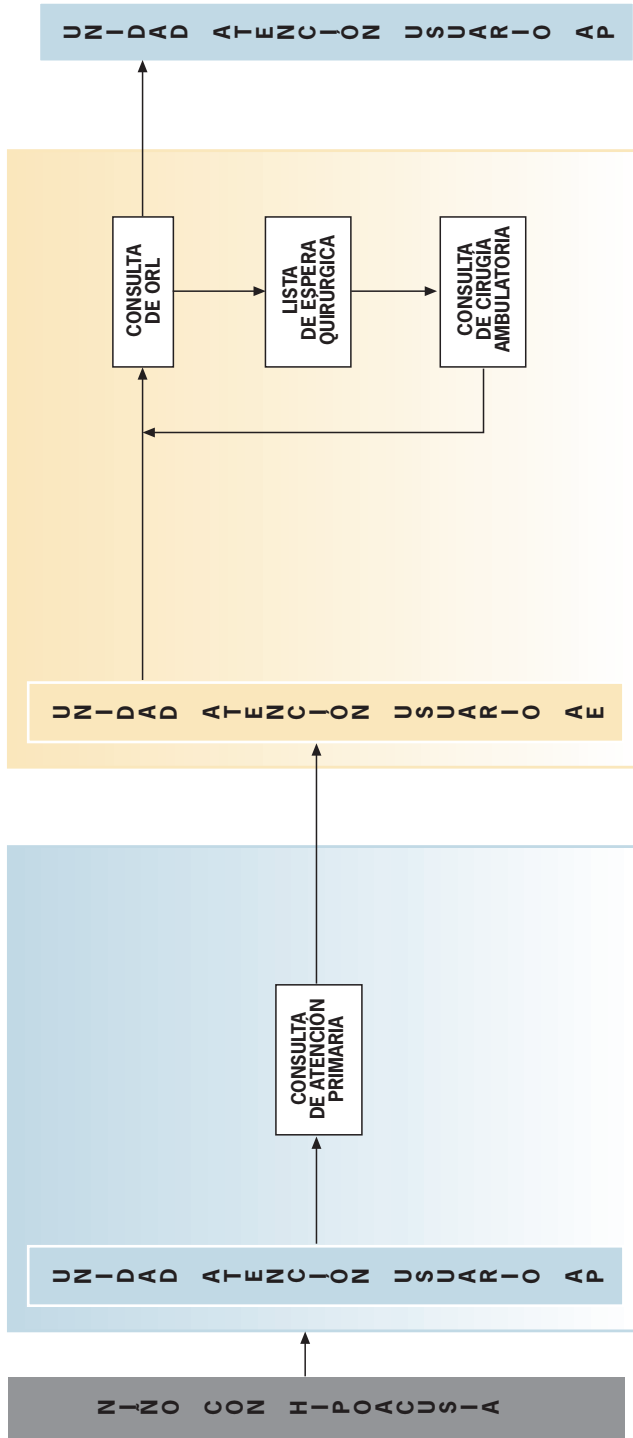
PROCESOS DE SOPORTE

Sº INFORMACIÓN Sº MICROBIOLOGÍA Sº ORL CONSULTA TIMPANOMETRÍA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: SUBPROCESOS OTITIS MEDIA SECRETORIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN PLANIFICACIÓN DE DOCENCIA



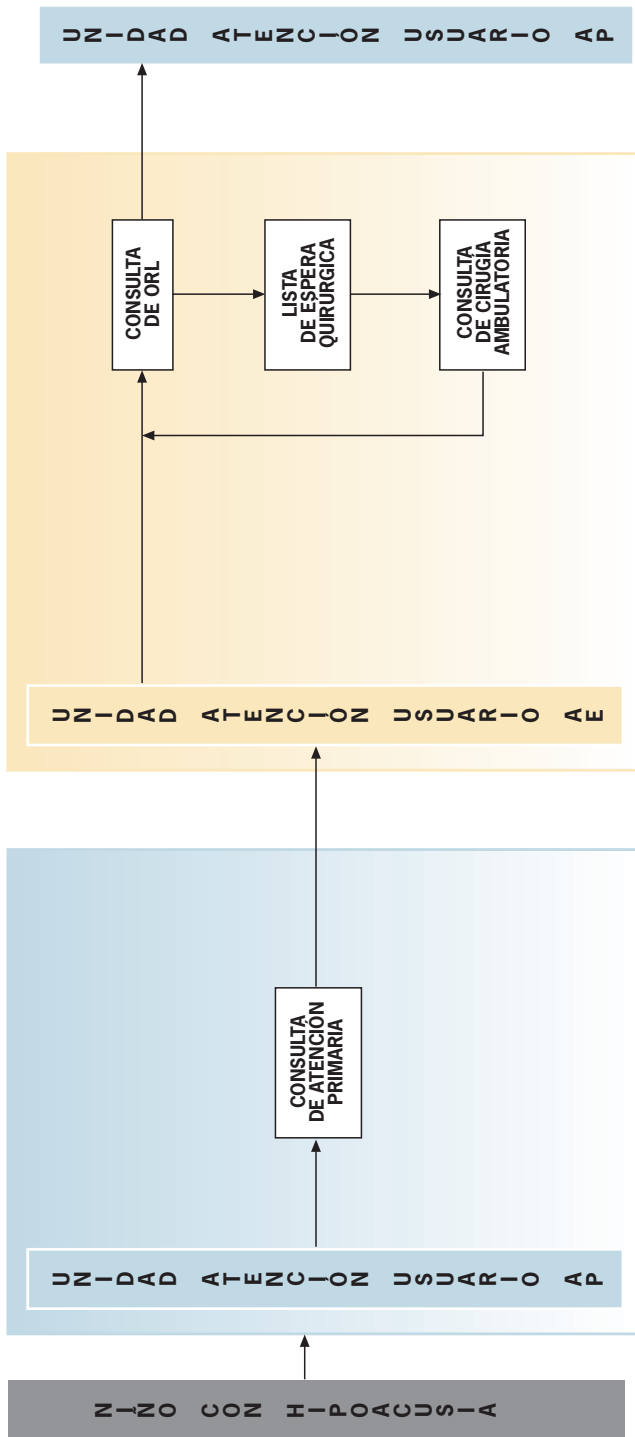
PROCESOS DE SOPORTE

Sº INFORMACIÓN Sº MICROBIOLOGÍA Sº ORL CONSULTA TIMPANOMETRÍA CIRUGÍA AMBULATORIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: SUBPROCESOS OTITIS MEDIA RECURRENTE

PROCESOS ESTRATÉGICOS

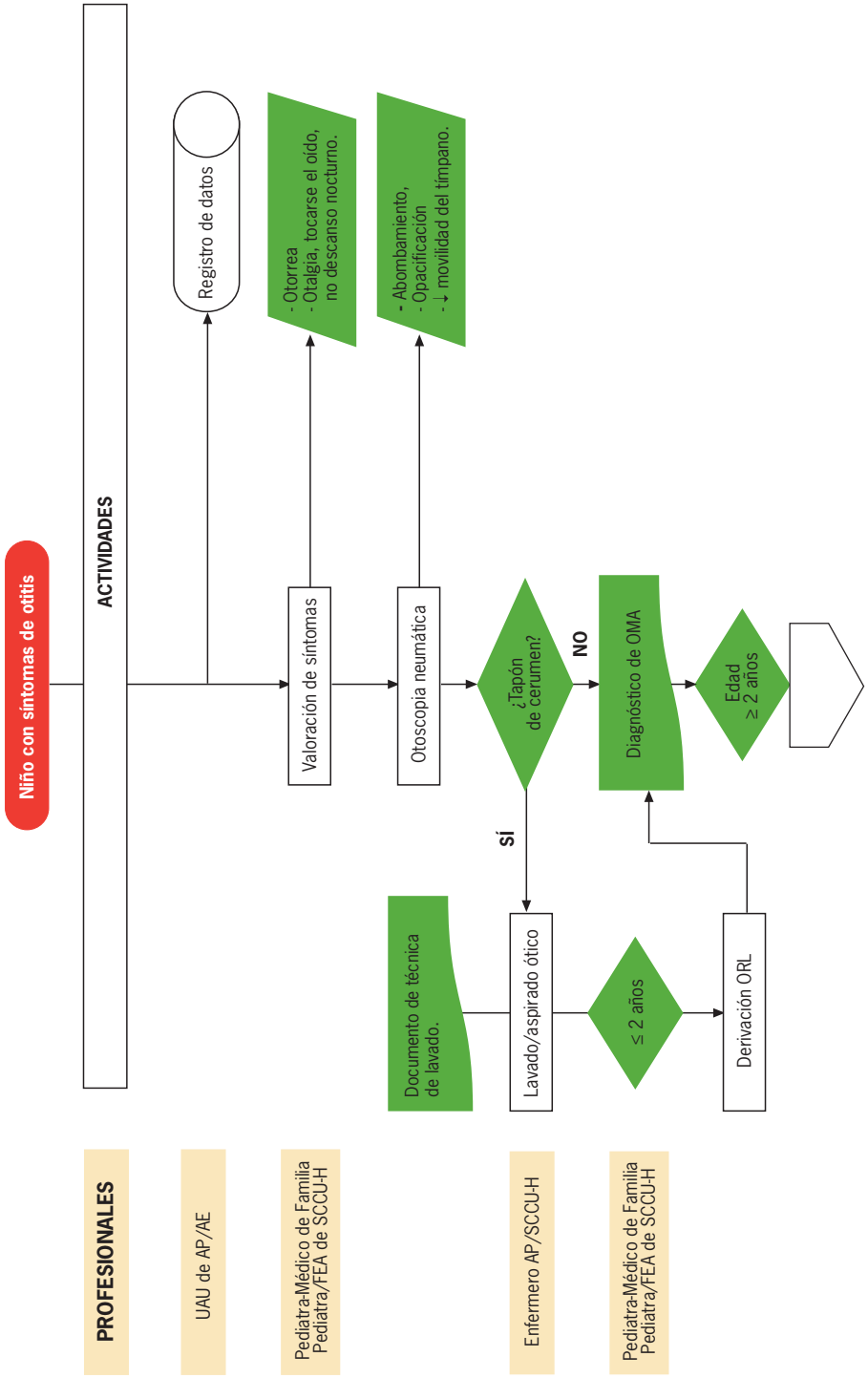
CONTRATO PROGRAMA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN PLANIFICACIÓN DE DOENCIA

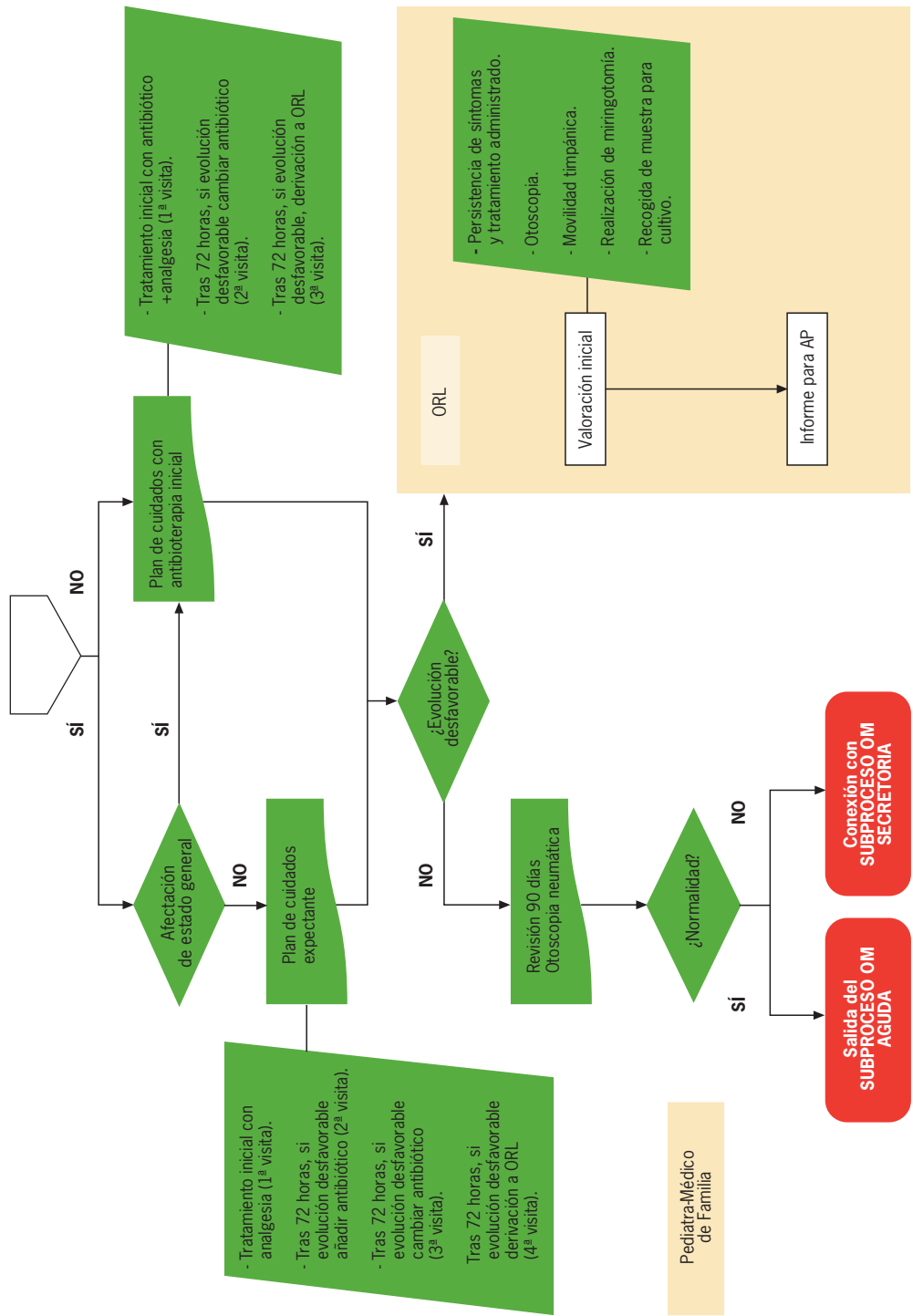


PROCESOS DE SOPORTE

Sº INFORMACIÓN Sº MICROBIOLOGÍA Sº ORL CONSULTA TIMPANOMETRÍA CIRUGÍA AMBULATORIA

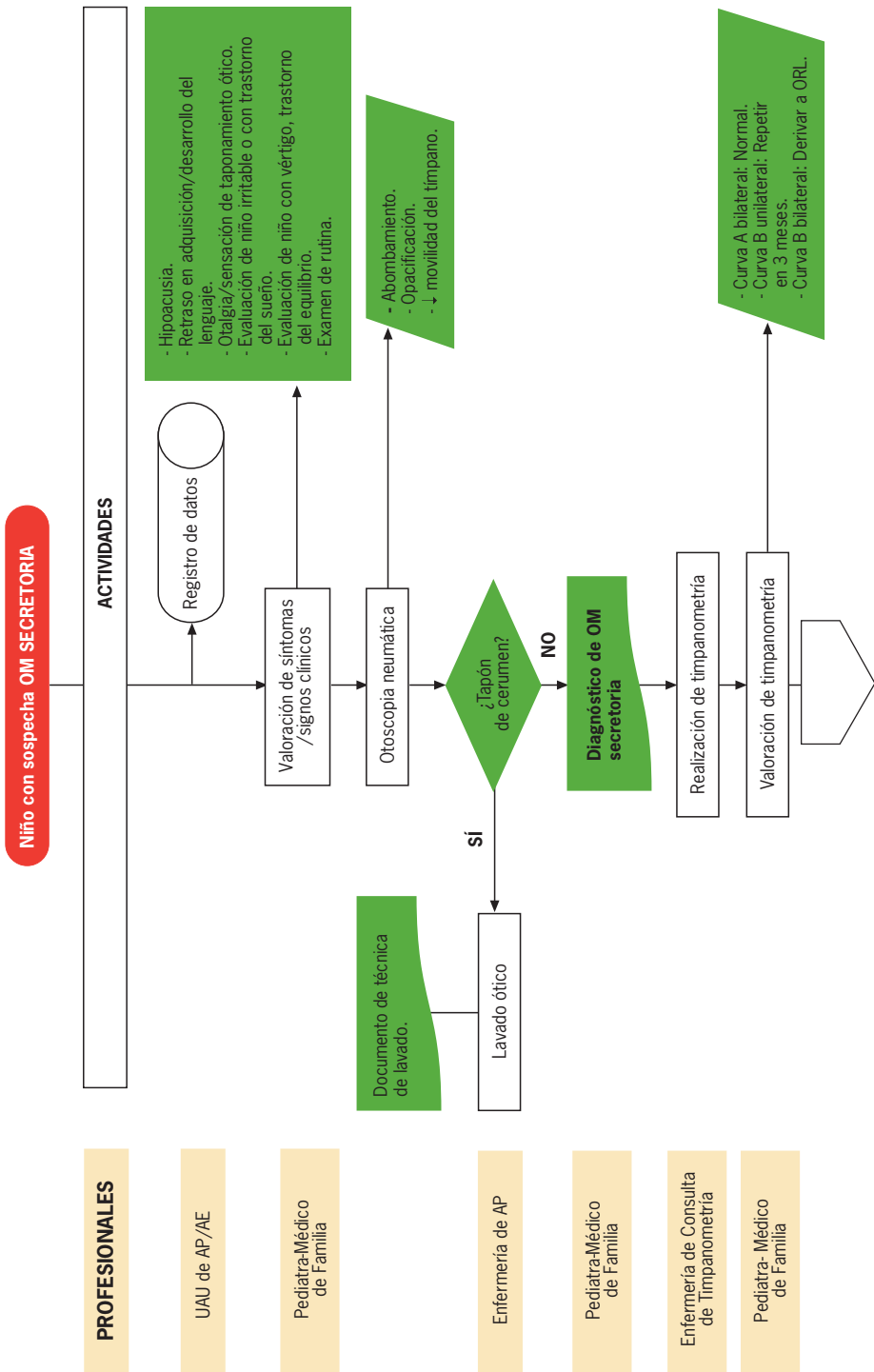
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: OTITIS MEDIA AGUDA

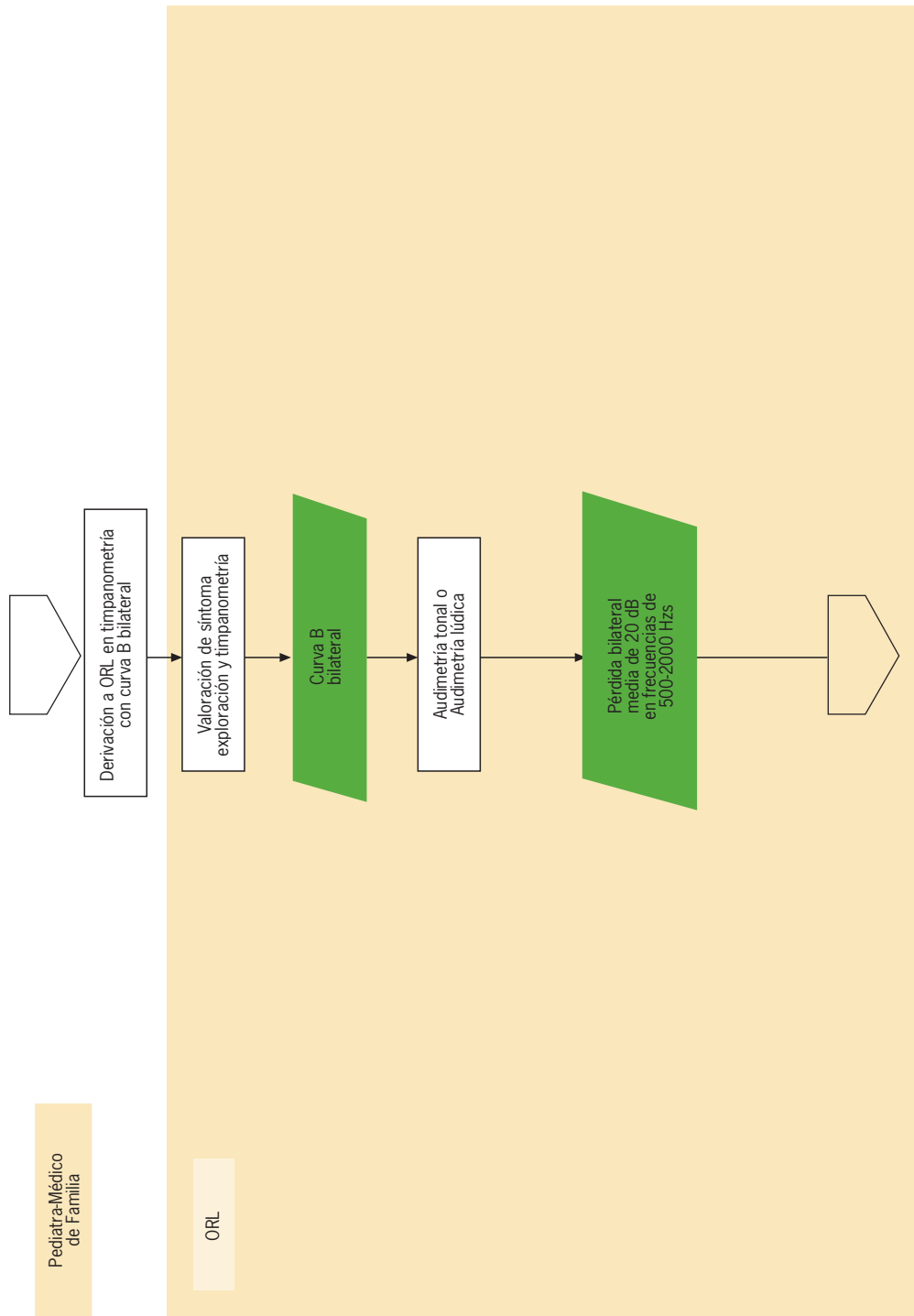




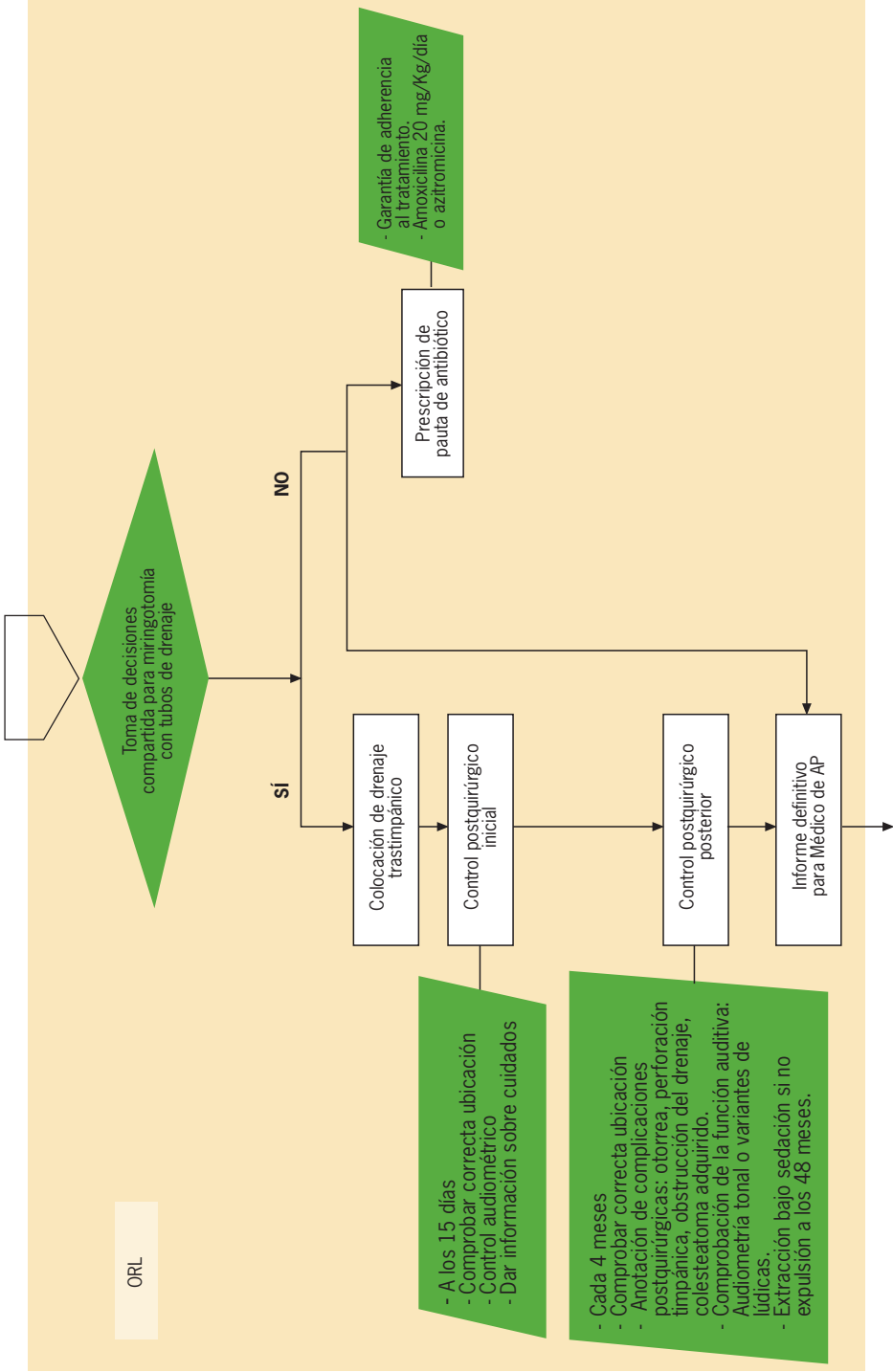


# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: OTITIS MEDIA SECRETORIA





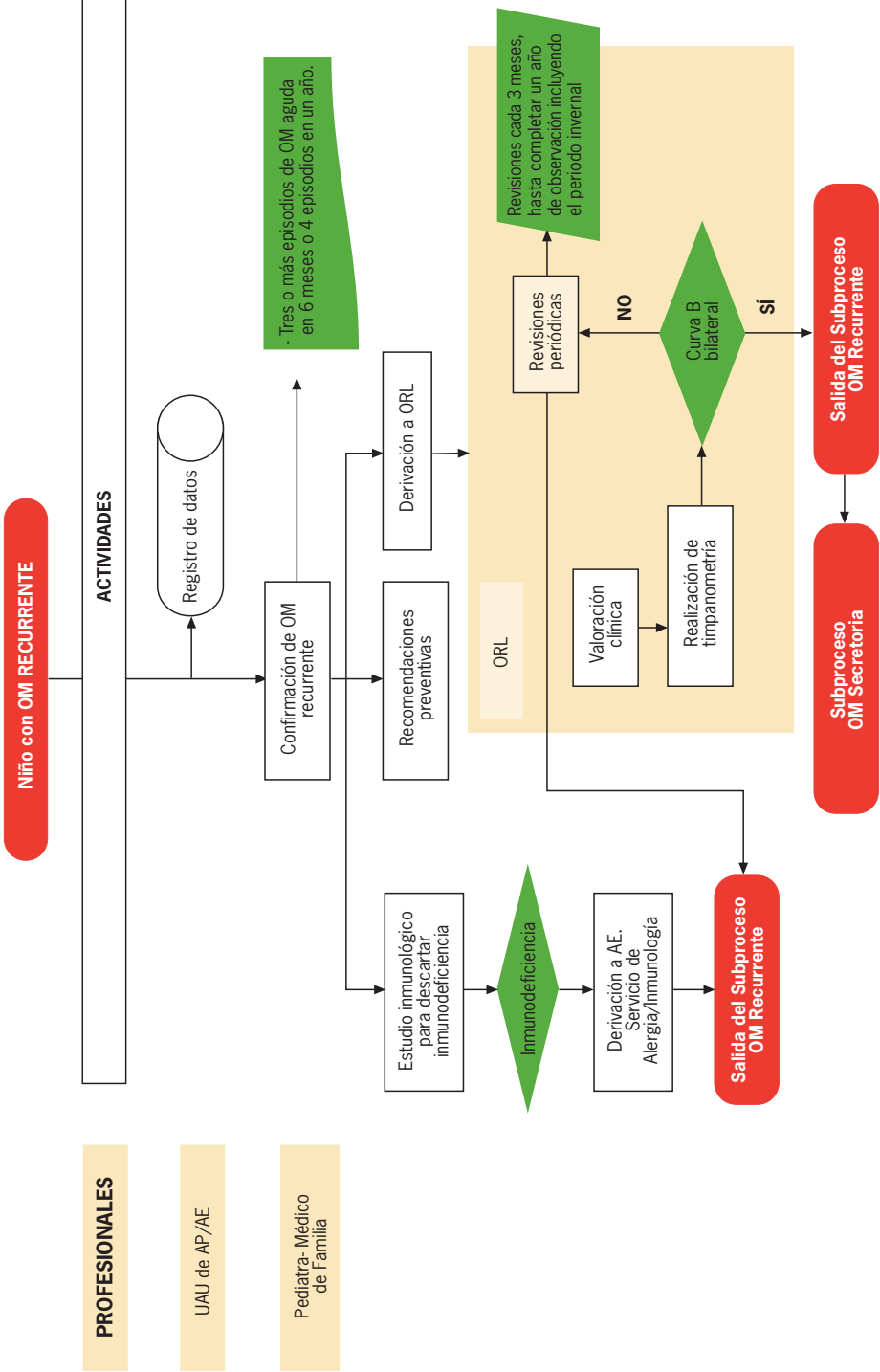
ORL



- A los 15 días
  - Comprobar correcta ubicación
  - Control audiométrico
  - Dar información sobre cuidados
- Cada 4 meses
  - Comprobar correcta ubicación
  - Anotación de complicaciones postquirúrgicas: otorrea, perforación timpánica, obstrucción del drenaje, colesteatoma adquirido.
  - Comprobación de la función auditiva: Audiometría tonal o variantes de lúdicas.
  - Extracción bajo sedación si no expulsión a los 48 meses.

**SALIDA DEL SUBPROCESO OM SECRETORIA**

# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: OTITIS MEDIA RECURRENTE



**PROFESIONALES**

UAU de AP/AE

Pediatra- Médico de Familia



### EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN AL PROCESO OTITIS MEDIA

A continuación, se exponen algunas consideraciones que pensamos pueden ser de interés para quienes aborden el Proceso Otitis Media desde la perspectiva de las expectativas de los usuarios/familiares.

1. Es importante señalar que las expectativas en este proceso no son propiamente de los pacientes, sino de sus familiares, fundamentalmente de los padres, puesto que el proceso se ha centrado en pacientes con edades comprendidas entre las 4 semanas y los 14 años.
2. En relación con la metodología desarrollada para elaborar este apartado hay que consignar lo siguiente:

Se realizó:

- una búsqueda en Google ([www.google.com](http://www.google.com)) de los términos “otitis”, “usuario”, “pacientes”, “expectativas”.
- una búsqueda manual.
- una búsqueda en Medline sin restricciones de año con los siguientes términos:  
Patients/psychology[MESH]  
Patient expectancy  
OTITIS[MESH]  
EXPECTANCY  
Family expectancy
- una búsqueda en las principales páginas de Internet relacionadas con la salud:
  - pediátricas
  - de usuarios
  - de guías clínicas

En la búsqueda en MedLine no se encontró ningún artículo referido a expectativas de los pacientes en relación con la otitis, y se identificaron 12 artículos de carácter general referidos a otras patologías (cáncer, alcoholismo, tendencias suicidas, etc.).

De las páginas consultadas en la red, sólo encontramos información clínica para usuarios en relación con la otitis, pero no se abordaban las expectativas de los mismos. Cuando la página contemplaba un apartado de FAQ (preguntas más frecuentes), se revisó. Sin embargo, se han encontrado siempre preguntas referidas a aspectos clínicos.

3. Se consideró la posibilidad de realizar un grupo focal para detectar “las expectativas de los usuarios/familiares” pero, dado el tiempo que requería la realización del mismo, se valoró que no era compatible con los plazos de finalización del documento sobre el Proceso Otitis Media.



### CÓDIGOS CIE ASOCIADOS AL PROCESO OTITIS MEDIA

#### Códigos CIE asociados a OM aguda

- 382. Otitis media supurativa y no especificada.
  - 382.0. Otitis media supurativa aguda.
    - Otitis media aguda:
      - Necrotizante NEOM.
      - Purulenta.
    - 382.00. Otitis media supurativa aguda sin ruptura espontánea del tímpano.
    - 382.01. Otitis media supurativa aguda con ruptura espontánea del tímpano.
    - 382.02. Otitis media supurativa aguda en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos (codificar además la enfermedad subyacente tal como escarlatina, gripe, ...). Excluye otitis post-sarampión.
  - 382.4. Otitis media supurativa no especificada.
    - Otitis media purulenta NEOM.
  - 382.9. Otitis media no especificada.
    - Otitis media:
      - NEOM.
      - Aguda NEOM.
      - Crónica NEOM.

#### Códigos CIE asociados a OM secretoria

- 381.0. Otitis media no supurativa aguda.
  - Catarró tubotimpánico agudo.
  - Otitis media aguda o subaguda:
    - Catarral.
    - Con efusión.
    - Exudativa.
    - Transudativa.
  - (Excluye barotrauma).
  - 381.00. Otitis media aguda, no supurativa aguda no especificada.
  - 381.01. Otitis media serosa aguda.
    - Otitis media secretoria aguda o subaguda.
  - 381.02. Otitis media mucoide aguda.
    - Otitis media seromucosa aguda o subaguda.
    - Síndrome del tímpano azul.



- 381.1. Otitis media serosa crónica.
  - Catarro tubotimpánico crónico.
  - 381.10. Otitis media serosa crónica simple o no especificada.
  - 381.19. Otras.
    - Otitis mucosa crónica serosanguínea.
  
- 381.2 Otitis media mucoide crónica.
  - Oído mucoso crónico (*glue ear*).
  - (Excluye enfermedad adhesiva del oído medio.)
  
  - 381.20. Otitis media mucosa crónica simple o no especificada
  - 381.29. Otras.
    - Otitis media mucohemorrágica crónica.

### **Códigos CIE asociados a otitis media persistente**

- 382.1. Otitis media supurativa tubotimpánica crónica.
  - Otitis media supurativa crónica benigna.
  - Enfermedad tubotimpánica crónica.

(En la codificación se especifica localización de posible perforación como anterior o central de la membrana timpánica)

- 382.2. Otitis media supurativa aticoantral crónica.
  - Enfermedad aticoantral crónica.
  - Enfermedad mucosa persistente.

(En la codificación se especifica localización de posible perforación como marginal posterior o superior del tímpano)

- 382.3. Otitis media supurativa crónica no especificada.
  - Otitis media purulenta crónica.
  - (Excluye otitis media tuberculosa).

### TÉCNICA DE LAVADO ÓTICO

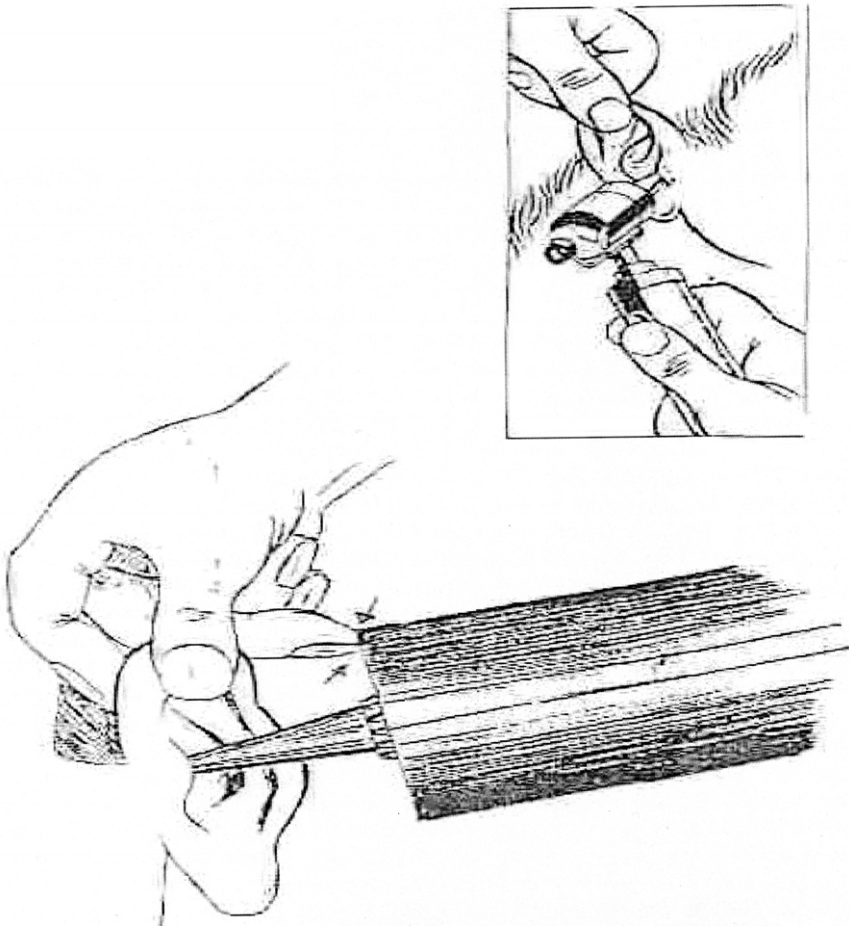
(EXTRAÍDO DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN DEL C.de Salud Anexo1-Badajoz

[Miguel Gallardo Lancho, Leoncio L. Rodríguez Pérez])

- Preparación del paciente:
  - El médico informará al paciente que deberá reblandecer el tapón instilando agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que el médico estime oportuno en el CAE. Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces los dos días anteriores a la extracción.
  - Se le informará sobre la técnica, y se le entregará el consentimiento informado para su firma.
  
- Medios materiales:
  - Agua a temperatura corporal.
  - Bateas arriñonadas.
  - Jeringa metálica otológica.
  - Cánulas otológicas limpias y esterilizadas.
  - Otoscopio, y espéculos limpios y esterilizados.
  - Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.
  
- Procedimiento, técnica:
  - Se realizará previamente una otoscopia.
  - Se cargará la jeringa otológica con agua templada.
  - El paciente estará sentado con una toalla de papel en el cuello, para evitar en lo posible que se moje con el agua. En el caso de niños pequeños, éstos estarán sentados en las piernas de un familiar o ayudante y, si no colabora, se le sujetará firmemente cuerpo, cabeza y brazos.
  - Se sujeta el pabellón auricular con los dedos índice y pulgar y, al mismo tiempo, se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el émbolo hacia delante no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y, por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del CAE. Esta parte de la técnica es muy importante y su no realización implica casi siempre dolor al paciente y posibles complicaciones.

Se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo haga notar.

- Si el tapón no sale después de tres emboladas, se observará con el otoscopio y, si sigue fijado al conducto o tímpano, se citará al paciente dos días más tarde indicándosele que se instile otra vez gotas en el CAE.
- Comprobar, mediante una otoscopia, que el tapón ha salido completamente.



### LA OTOSCOPIA

#### INTRODUCCIÓN:

Barriga y colaboradores realizaron un estudio sobre diferentes tipos de otoscopios y observaron que muchos médicos no habían cambiado las bombillas del otoscopio en mucho tiempo (más de dos años) e incluso algunos desconocían la conveniencia del recambio periódico de la bombilla. En dicho estudio llegan a las siguientes conclusiones:

La potencia de salida de luz ideal debe estar por encima de los 100 *foot-candles*. Por ello, la mayoría de autores abogan por disponer de bombillas halógenas como sistema ideal de visión.

Es conveniente el recambio periódico de la bombilla (menos de 2 años)

Si bien en la mayoría de las baterías de nickel-cadmio de los otoscopios recargables que se examinaron se superaba la fecha de caducidad, eso no influyó en una disminución de la potencia luminosa.

#### • Técnica de la otoscopia

Para realizar una otoscopia en un niño se debe traccionar el pabellón auricular hacia atrás y hacia abajo. Con la otra mano se toma el otoscopio y se inserta el espéculo siguiendo bajo visión directa la dirección anatómica del conducto auditivo externo. De este modo, se puede visualizar el conducto auditivo externo y la membrana timpánica.

Básicamente, todos los otoscopios disponen de los siguientes elementos: fuente de luz, lente con aumento, orificio para conectar una goma y pera de insuflación para realizar la maniobra de Siegle, y un dispositivo para conectar espéculos de distintos tamaños.

#### • Características técnicas de un otoscopio:

Siguiendo la Norma Oficial Mexicana NOM-080-SSA, que establece las especificaciones sanitarias de material en Otorrinolaringología, respecto a los otoscopios:

La luz emitida ha de ser concentrada, enfocada, intensa y uniforme.

El enfoque tenderá a minimizar los resplandores, sombras y retrocesos de reflexión, y la iluminación axial en un punto al final del espéculo más largo deberá ser por lo menos de 19,5 lux.

Lente amplificadora: la lente amplificadora se ha de ensamblar a un cuadro, el cual debe ser móvil dentro de la base conectora, para poder moverla fuera de la línea de visión y permitir así una visión oblicua, la observación sin aumento y la inserción de instrumentos quirúrgicos. Asimismo, la lente amplificadora tiene que amplificar, al menos, dos veces el diámetro del espéculo.

Lámpara del otoscopio: la intensidad de luz de la lámpara debe poder incrementarse a un máximo de 0,4 amperios y 2,5 voltios. Además, la lámpara se aconseja que sea o bien del tipo preenfocado y precentrado de halógeno, o bien contener un filamento de tungsteno embobinado con un mínimo de vida de 9 horas.

Los espéculos deben fabricarse en *nylon* o polipropileno y la superficie interior ha de estar terminada de tal manera que evite las interferencias y reflejos hacia el operador. Los espéculos plásticos se deben ensamblar sobre un cono soporte de metal resistente a la corrosión y fijados al proximal del cono interior del otoscopio. La terminación del diámetro distal de los espéculos debe estar libre de rebabas y filos. Asimismo, los espéculos deben ser de fácil ensamble y desensamble del cono de soporte y no deben deformarse al ser sometidos a pruebas de calentamiento, ni descolorarse u oscurecerse cuando se sometan a la prueba de inmersión con alcohol.

- **Tipos de otoscopios:**

- **Otoscopios de bolsillo:**

- 2,5 voltios

- Tamaño pequeño y peso reducido.

- Iluminación distal de fibra óptica con luz halógena (iluminación homogénea y libre de reflejos del CAE y del tímpano).

- Ventana de visión de vidrio óptico corregido con 3 aumentos (imagen detallada, ventana de visión a prueba de rayado).

- Conexión para insuflación de la prueba neumática.

- Espéculos permanentes (superficies lisas). Diámetros de 2,5 mm –para niños–.

- Espéculos desechables (de cartón sin aristas agudas). Diámetro de 2,5 mm. –para niños–.

- **Otoscopios diagnósticos**

- Varían las calidades en función de que la carcasa sea de metal o de plástico policarbonato. En todos estos otoscopios se utiliza un mango o una fuente mural para alimentación eléctrica.

- **Otoscopia neumática**

- La utilización de la otoscopia neumática nos permite determinar la movilidad de la membrana timpánica y nos sirve como método diagnóstico de la otitis media aguda y de la otitis secretoria. A pesar de ser una técnica simple, segura y útil, no es una prueba que se realiza de modo habitual en el medio pediátrico ni especializado ORL.

- La mayoría de los otoscopios disponen de un conector para insertar un balón de insuflación para efectuar la prueba.

- Además, se necesita un espéculo de similares características a los empleados en la otoscopia pero que disponen de un engrosamiento en su parte más distal que posibilita el sellado del conducto auditivo externo impidiendo el escape del aire al exterior.

### LA TIMPANOMETRÍA: TÉCNICA E INTERPRETACIÓN

#### INTRODUCCIÓN

La timpanometría o manometría tubárica es una técnica de valoración de la funcionalidad tubárica en función de los cambios de presión detectados en el conducto auditivo externo herméticamente cerrado, transmitidos desde la caja timpánica, por efecto de una presión negativa ejercida desde la rinofaringe. Estudia las variaciones de la compliancia en función de alteraciones articulares de la cadena tímpano-oscicular, lo que se consigue modificando la presión del aire en el conducto auditivo externo.

El máximo de flexibilidad timpánica se verifica con igualdad de presión en el conducto auditivo externo. Una gráfica bidimensional con las variaciones de presión en el conducto, tanto positivas como negativas, en el eje de abscisas, y los incrementos de la compliancia en el eje de ordenadas, permite una valoración rápida del estado de la flexibilidad timpánica. Un oído medio normal, con una adecuada movilidad de todas sus estructuras, tendrá una impedancia baja. Si se dificulta la transmisión del impulso mecánico a través de la cadena oscicular, se verifican aplanamientos en mayor o menor grado, según la intensidad del cuadro, como ocurre en la otitis secreta. El timpanograma representa los valores de la admitancia del oído cuando se somete al conducto auditivo externo, convenientemente sellado por la sonda del admitanciómetro y una oliva de goma adaptadora a variaciones de presión gaseosa durante unos segundos. La bomba de presión del admitanciómetro somete al conducto auditivo externo a presiones positivas (aproximadamente + 300 mmH<sub>2</sub>O); gradualmente, la presión va descendiendo hasta 0 mmH<sub>2</sub>O y continúa disminuyendo hasta alcanzar presiones negativas de - 300 mmH<sub>2</sub>O.

La admitancia máxima del complejo tímpano-oscicular se establece cuando la movilidad de dicho sistema es óptima. Esto sucede cuando la presión gaseosa a ambos lados de la membrana timpánica es igual, pues en estas condiciones el tímpano está en equilibrio. En condiciones normales, esta situación se da cuando la presión a ambos lados del tímpano es de 0 mmH<sub>2</sub>O, que es la presión atmosférica que debe haber en un oído medio sano con una Trompa de Eustaquio competente. Cuando la bomba de presión del admitanciómetro somete al conducto auditivo externo a presiones muy positivas (+300 mmH<sub>2</sub>O) o muy negativas (-300 mmH<sub>2</sub>O), el sistema tímpano-oscicular se desplaza de su posición de equilibrio, empujado o absorbido por la diferencia de presiones ejercidas a ambos lados del tímpano, y se torna extremadamente rígido. En estas condiciones, la admitancia del sistema es mínima y muy poca energía acústica es capaz de fluir por él. La representación gráfica de estos datos constituye el timpanograma.

#### 1. TÉCNICA

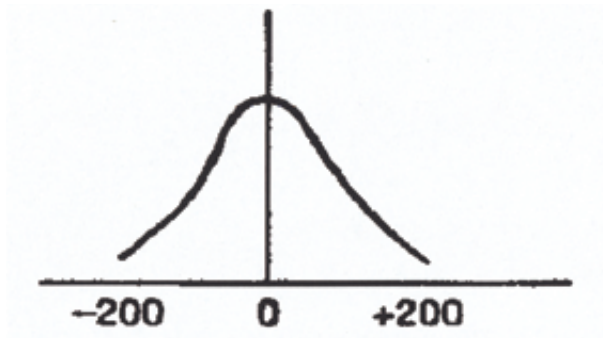
Además del timpanómetro, se debe disponer de un juego abundante de olivas de distinto diámetro para sellar el conducto auditivo externo. Estas olivas son reutilizables tras una previa esterilización.

Antes de colocar la sonda, hay que limpiar el conducto auditivo si está lleno de cerumen, por lo que se debe disponer de un otoscopio que nos permita visualizar el oído teniendo en cuenta que la sonda debe dirigirse hacia el tímpano, ya que, si se apoya en las paredes del conducto auditivo externo, se producirán errores. En este caso, podemos encontrarnos con una curva plana - tipo B- lo que sería un falso positivo. Actualmente, muchos aparatos miden el volumen de aire comprendido entre la sonda y el conducto auditivo externo lo que permite obviar este tipo de confusiones.

## 2. TIPOS DE TIMPANOGRAMA

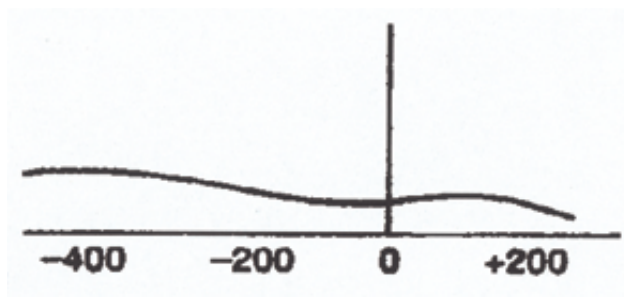
El tipo A corresponde a la normalidad. El punto de admitancia está centrado en la presión 0 mmH<sub>2</sub>O. Los valores normales que se valoran independientemente del tipo de curvas son:

- El volumen entre el tímpano y la oliva del impedanciómetro. Los valores normales en niños van de 0,7 a 1 ml.
- La capacidad de movilidad del tímpano. El rango de normalidad se sitúa entre -100 y +200 daPa (decapascales). Se trata de una medida de presión.
- La compliancia o elasticidad del complejo tímpano-oscicular cuyos valores normales van de 0,3 a 1,6 ml.



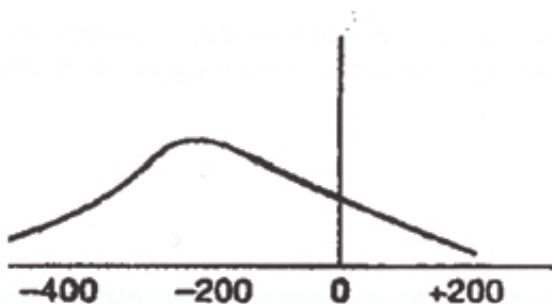
El tipo B corresponde a una elevación muy importante de la impedancia del sistema o, lo que es lo mismo, a una disminución de la admitancia. Ello se suele dar en una otitis secretoria y también puede suceder si existe cerumen, una perforación timpánica, o se es portador de drenajes transtimpánicos.

- La compliancia es inferior a 0,3ml.
- El volumen entre el tímpano y la oliva es normal (0,7-1ml) en presencia de una otitis secretoria.
- La capacidad de presión del tímpano no es posible determinarla.



El tipo C se caracteriza por un desplazamiento del punto de admittance máxima hacia las presiones negativas y suele asociarse a disfunciones obstructivas moderadas de la Trompa de Eustaquio. Puede considerarse un oído medio de alto riesgo para presentar una otitis media secretoria.

- La compliancia es normal.
- El volumen entre el tímpano y la oliva es normal.
- La capacidad de presión del tímpano es más negativa de -100 daPa







### INDICACIONES DE DERIVACIÓN A ESPECIALISTA-ORL TRAS LA INTERVENCIÓN DE MIRINGOTOMÍA CON DRENAJE TRANSTIMPÁNICO

Dirigido al Pediatra o Médico de Familia:

- Cada 4 meses, tras la intervención, se debe realizar un control audiométrico.
- A los 6 meses tras la expulsión.
- Si se observa una obstrucción del tubo.
- Cuando en un control se constata una perforación timpánica.
- Cuando no se consiga visualizar el tubo.
- Si aparece otorragia.
- Si se observa otorrea que no puede ser controlada con antibióticos.
- Si se constata un empeoramiento de la audición.
- Presencia de una otalgia persistente.
- Cuando se constata la existencia de tejido de granulación en el tímpano.
- Permanencia del tubo durante más de 2 años.



### AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES REFERENTE A LA INTERVENCIÓN DE MIRINGOTOMÍA Y COLOCACIÓN DE TUBOS DE AIREACIÓN

#### Información médica previa a la colocación de tubos de aireación:

El tubo de aireación transtimpánico es un tubo hueco de material plástico. Se inserta en la membrana timpánica tras una incisión o paracentesis del tímpano bajo control microscópico. Suele permanecer en el tímpano de 6 a 12 meses e, incluso, en ocasiones, durante varios años. Es la intervención de oído más frecuente y es muy efectiva y segura. La mayoría de los padres de los niños (95%) refieren, entre otros factores, una mejoría de la audición, el habla y la atención tras la intervención y, además, la operación evita otro tipo de procesos inflamatorios del oído. No se conocen procedimientos alternativos de contrastada eficacia para el tratamiento de la otitis secretoria. En caso de no efectuarse esta intervención, el paciente continuará con su pérdida auditiva pudiendo sufrir, además, episodios inflamatorios agudos o incluso evolucionar a otras formas de enfermedad del oído medio.

Con la finalidad de que ustedes estén debidamente informados, les rogamos lean atentamente este documento. Su Cirujano está a su disposición para responder a todas sus preguntas.

No olviden comentar a su Cirujano los tratamientos que habitualmente toma su hijo/a y, en particular, aspirinas, anticoagulantes... Recuerden señalar si su hijo/a ha presentado en alguna ocasión reacciones alérgicas, sobre todo medicamentosas.

#### Durante la intervención:

La colocación de un tubo de aireación a través del tímpano tiene como finalidad favorecer la aireación del oído medio en las siguientes situaciones:

- Tras una otitis media recurrente.
- En una otitis secretoria con afectación auditiva.
- En una retracción timpánica.

Esta intervención se indica cuando fracasan los tratamientos médicos habituales o en ausencia de resolución espontánea de una otitis secretoria.

#### Realización de la intervención quirúrgica

Para facilitar la intervención, ésta se realiza bajo anestesia general. Es competencia del Médico Anestésista, al que ustedes verán en una consulta preoperatoria, responder a todas las preguntas referentes a su especialidad. La duración de la hospitalización y los cuidados post-operatorios les serán precisados por su Cirujano.

### Riesgos inmediatos post-operatorios

En unos porcentajes del 10 al 20% de los pacientes, después de la intervención les puede supurar el oído (otorrea), lo que puede favorecer la expulsión precoz del drenaje.

### Riesgos secundarios

El tubo de aireación se puede obstruir por cerumen o por un cuerpo extraño. En este caso, la patología puede reproducirse.

En casos infrecuentes, menores al 0,5%, puede que el tubo de drenaje se introduzca en el oído medio.

Una vez se ha expulsado el tubo drenaje, podría aparecer:

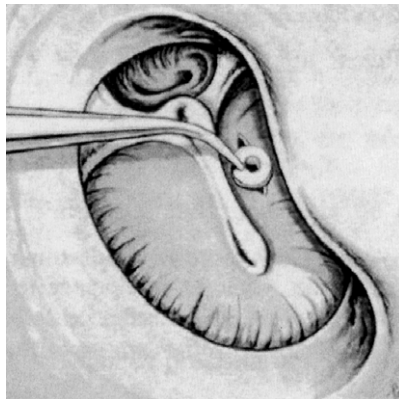
- En un 1%, una perforación timpánica como secuela y que podría requerir posteriormente un tratamiento quirúrgico.
- En aproximadamente un 2%–4%, una modificación cicatrizal de la membrana timpánica (atrofia, timpanosclerosis, granuloma).
- Una reproducción de la patología.

### Complicaciones graves y/o excepcionales

Toda actuación médica, investigación, exploración, intervención sobre el cuerpo humano, incluso observando unas condiciones de competencia y seguridad conformes a las normas actuales de la ciencia y reglas en vigor, tiene un riesgo de complicación.

El riesgo de una pérdida irreversible de la audición, acompañada de ruidos (acúfenos) y/o vértigos, es una circunstancia excepcional. También es posible, aunque poco frecuente (menor al 0,2%), la inclusión de la epidermis a nivel del oído medio, lo que puede conducir al desarrollo de un colesteatoma adquirido.

Los porcentajes de complicaciones señalados están referidos a la bibliografía internacional.



### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CARÁCTER GENERAL PARA LA MIRINGOTOMÍA CON TUBO DE AIREACIÓN

Este documento debe ir obligatoriamente firmado por los padres o el tutor (representante legal) y entregado junto a la ficha adjunta de ayuda de toma de decisiones.

Próximamente, su hijo/a será intervenido quirúrgicamente.

Deben leer atentamente la ficha de “ayuda de toma de decisiones” que se les ha entregado conjuntamente con este documento, con la finalidad de tomar conciencia de todos los aspectos relacionados con dicha operación.

Es muy importante que ustedes tengan un perfecto conocimiento de todos los posibles contratiempos que pueden acompañar al acto quirúrgico. Dichas informaciones no tienen como objeto inquietarles, sino simplemente se consideran obligatorias para permitirles que ustedes tomen la decisión quirúrgica de un modo libre y claro.

Estoy a su entera disposición para darles toda la información complementaria que ustedes juzguen necesaria.

D/ Dña:

Padre, madre, representante legal

Certifico haber recibido la ficha de ayuda de toma de decisiones concerniente a la operación de:

Que será realizada el:

por el Dr:

y haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he efectuado en relación a esta operación.

Fdo:  
Padre, madre o representante legal

Fdo:  
Médico ORL



### DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON TUBOS DE AIREACIÓN EN RELACIÓN A LAS PRECAUCIONES CON LA ENTRADA DE AGUA EN LOS OÍDOS

Normalmente no es necesario utilizar tapones para prevenir la entrada de agua en los oídos de niños intervenidos de miringotomía con colocación de tubos de aireación.

En teoría, el pequeño orificio en el tubo podría permitir la entrada de agua en el oído medio y conducir a una infección bacteriana que se traduciría en la presencia de una supuración (otorrea). Sin embargo, la presión requerida para posibilitar la entrada del agua ha de ser muy elevada y, para que ello suceda, el niño debe sumergirse como mínimo 1 metro 80 cm. En cinco estudios médicos relevantes sobre el tema no se han encontrado diferencias en la frecuencia de episodios de supuración en niños intervenidos en relación al baño o la natación.

Sólo en determinadas circunstancias se aconseja evitar la entrada del agua en el oído:

- Cuando la entrada de agua provoca dolor o molestias.
- En presencia de otorrea.
- Cuando ocurren episodios recurrentes de otorrea.

En las siguientes situaciones, también se recomienda evitar la entrada de agua en los oídos:

- Cuando se sumerge más de 1,8 m.
- Cuando la natación se efectúa en lagos, ríos o piscinas no cloradas.
- Cuando el niño se moja y sumerge la cabeza enjabonada dentro de la bañera (debido a la menor tensión superficial del jabón de baño).





### HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBOS DE AIREACIÓN Y QUE PRESENTAN, TRAS LA INTERVENCIÓN, INFECCIONES ÓTICAS

Aunque es infrecuente, existe la posibilidad de que un paciente presente una otitis media con un tubo de drenaje funcionante, siendo la supuración en el oído (otorrea) el síntoma más frecuente.

En ocasiones, pueden aparecer episodios de otitis media sin otorrea. Estos cuadros sólo requieren tratamiento antibiótico cuando el paciente se encuentra con síntomas generales o, posteriormente, muestra supuración.

La supuración puede ser clara, con moco (mucoide) o purulenta. El hecho de observar una secreción sanguinolenta no es motivo de alarma.

Si ustedes notan que le supura el oído a su hijo:

- Utilicen un bastoncillo de algodón para limpiar la parte más externa del conducto auditivo y el pabellón, ya que el contacto prolongado del exudado en la piel provoca irritación y dolor en dicha zona.
- Eviten que le entre agua en el oído protegiéndolo durante el baño con un algodón impregnado con vaselina y que obture la entrada del conducto auditivo.

El que su hijo necesite una medicación va a depender de las siguientes circunstancias:

- Si tiene unos síntomas mínimos o una abundante mucosidad nasal (rinorrea), lo más frecuente es que sea debido a un proceso viral, por lo que no va a ser necesaria una medicación adicional.
- Si el niño es menor de 2 años y tiene dolor, fiebre y se encuentra irritable, la causa más frecuente es que sea por una otitis media bacteriana. En este caso, consulte con su Médico.
- Si la otorrea ha aparecido tras la entrada de agua en el oído por el baño o la natación, el tratamiento adecuado consistirá en la instilación de unas gotas óticas.
- Lo más importante es no alarmarse de modo excesivo en el caso de que su hijo sufra un episodio de otorrea ya que este hecho de por sí no tiene por qué dañar su oído ni repercutir posteriormente en su audición.



## BIBLIOGRAFÍA CLAVE

- (1) Chan LS, Takata GS, Shekelle P, Morton SC, Mason W, Marcy SM. Evidence assessment of management of acute otitis media: II. Research gaps and priorities for future research. *Pediatrics* 2001; 108(2):248-254.
- (2) Eskola J, Kilpi T, Palmu A, Jokinen J, Haapakoski J, Herva E et al. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med* 2001; 344(6):403-409.
- (3) Hermosilla T, Briones E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud: Instrumentos disponibles y síntesis de la evidencia científica. Informe Preliminar. AETSA, editor. 2002. Sevilla.
- (4) Hernán M, Prieto MA, Gutierrez JL, Martínez F, Pascual N. Expectativas, calidad percibida y satisfacción de los usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. Informe preliminar. EASP, editor. 2002. Granada.
- (5) Lakhani MK. Improving the care of acute illness: a protocol for an audit of patients with acute otitis media. In: Fraser Mayur K Baker H, editor. *Evidence-Based Audit in General Practice*. University Leincester, 1997: 53-61.
- (6) Martín Muñoz P, Ruiz-Canela Cáceres J. Manejo de la otitis media aguda en la infancia. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2001.
- (7) O'Neill P. Acute otitis media. *Clinical Evidence*. BMJ Publishing group, 2001: 181-188.
- (8) Rosenfeld RM, Bluestone CD. *Evidence Based otitis media*. B. C. Decker. 1999. Hamilton. Canada.
- (9) Stool S, Berg A, Berman S, Carney CJ, Cooley JR, Culpepper L et al. Otitis Media With Effusion in Young Children. Agency for health care policy and research, editor. 94-0622. 1994. EEUU.
- (10) Takata GS, Chan LS, Shekelle P, Morton SC, Mason W, Marcy SM. Evidence assessment of management of acute otitis media: I. The role of antibiotics in treatment of uncomplicated acute otitis media. *Pediatrics* 2001; 108(2):239-247.
- (11) Williamson I. Otitis media with effusion. *Clinical Evidence*. BMJ Publishing Group, 2001: 359-366.
- (12) Straetemans M, Sanders EAM, Veenhoven RH, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Zielhuis GA. Pneumococcal vaccines for preventing otitis media (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.



### QUE DA APOYO A LAS RECOMENDACIONES EN LA OM RECURRENTE

#### 1. Sobre la utilidad de la profilaxis antibiótica continua para prevenir la otitis media recurrente

Mejor respuesta obtenida:

- Clinical Evidence Diciembre 2001 vol6 (versión traducida)  
Paddy O'Neill

Una revisión sistemática encuentra que la profilaxis continua con antibióticos tiene efecto en prevenir la recurrencias en la OM aguda. Sin embargo, un posterior ECA no encuentra diferencias significativas entre la profilaxis con antibióticos y placebo. Se encuentra poca evidencia de qué antibiótico debe usarse, por cuánto tiempo y qué número de episodios de OM aguda justifican el tratamiento.

Beneficios *versus* placebo. Se encuentra una revisión sistemática y un ECA. La revisión sistemática (búsqueda hasta abril de 1993) identifica 33 ECA que comparan antibióticos con placebo para prevenir las recurrencias y otitis media secretoria. Nueve de los ensayos investigaban sólo la OM. No está claro en la revisión qué estudios se referían sólo a niños, si bien 4 de ellos incluían la palabra niño en el título o aparecían en revistas pediátricas. La mayoría de los estudios definen OM recurrente cuando se dan, al menos, 3 episodios de OM aguda en 6 meses. Los antibióticos usados más comunes fueron la amoxicilina, el cotrimoxazol, y el sulfametoxazol administrados entre 3 meses a 2 años. En conjunto, la revisión encuentra que los antibióticos reducen ligeramente las recurrencias de OM aguda (RA 0.08 con antibióticos vs. con placebo 0.19: RRA 11% IC95% 3-19%; NNT por mes para prevenir episodio agudo 9 IC 95% 5-33). El más reciente ECA incluye 194 niños de 3 meses a 6 años de edad, con tres episodios documentados de OM aguda en los 6 meses precedentes, que fueron randomizados a amoxicilina 20mg/kg por día en una o dos dosis por día o placebo. Los niños fueron seguidos mensualmente, si estaban asintomáticos, o en 3-5 días, si tenían síntomas de infección respiratoria hasta los 90 días. Este ECA encuentra que los antibióticos no fueron más efectivos que el placebo en prevenir recurrencias de OM aguda (RR de quedar libre de OM aguda diagnosticado por otoscopia y timpanometría de 1.00 IC 95% 0.66-1.52, usando un análisis completo, tuvieron 36 pérdidas en el seguimiento).

#### 2. Sobre la eficacia de la vacunación antineumocócica en la prevención de la OM recurrente

Mejor respuesta obtenida:

- Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media.  
N Engl J Med, Vol. 344, No. 6 February 8, 2001. www.nejm.org

Ensayo clínico doble ciego con vacuna heptavalente frente a vacunación de hepatitis B. 786 casos y 794 controles, y un tercer grupo no incluido en el estudio. Hay un 5.4% de pérdidas en el grupo de estudio y 4.5% en el grupo control. El diagnóstico de OM aguda se realizó por criterios clínicos estandarizados y cultivo de exudado de oído medio.

Los pacientes fueron monitorizados hasta los 24 meses.

Se definió la OM recurrente cuando se dan, al menos, 3 episodios de OM en 6 meses o, en un año, 4 o más episodios.

Resultados:

Hay una reducción del nº de episodios totales de OM aguda de cualquier causa (6%, IC 95% -4 a +16) que no alcanza significación estadística pero es similar a la observada en el estudio de Kaiser-California con la salvedad de que en aquél no se estandarizaron los criterios diagnósticos de OM aguda y era un *outcome* secundario. La reducción de los episodios de OM aguda secundarios a cepas de neumococo incluidos en la vacuna 57% (IC 95% 44-76) se asocia a un aumento de OM aguda por otros gérmenes de alrededor del 33% (IC 95% 21-45).

La conclusión es clara: la vacuna sólo protege de los serotipos incluidos en la vacuna e incrementa los episodios de OM aguda producidos por los otros serotipos.

- **Pneumococcal vaccines for preventing otitis media**  
Straetemans M, Sanders EAM, Veenhoven RH, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Zielhuis GA. (Cochrane Review).  
In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Conclusiones de los revisores: sobre la base de la información disponible de la efectividad de la vacuna neumocócica para la prevención de la OM, no está indicada la vacunación generalizada. Los resultados de los ensayos en curso de realización pueden dar más información para determinar si la vacunación neumocócica es efectiva en grupos de alto riesgo (OM recurrente).

### 3. Sobre la eficacia de la vacuna antigripal para prevenir la OM recurrente

Mejor respuesta obtenida:

- **Influenza A Vaccine Decreases the Incidence of Otitis Media in 6- to 30-Month-Old Children in Day Care**  
Clements, Dennis A. MD, PhD; Langdon, Lori; Bland, Christina RN; Walter, Emmanuel MD, MPH  
Arch Pediatr Adolesc Med, Volume 149(10). October 1995.1113-1117

Muestra de 186 niños de los cuales la mitad de ellos recibieron la vacuna antigripal. La vacunación antigripal protege de episodios de OM aguda (OR 0.69, IC 95% 0.49-0.98 durante la estación invernal).

En este estudio de cohortes se documenta que la vacunación de la gripe durante la estación invernal conlleva una reducción de los episodios de OM aguda y de la inserción de tubos de timpanostomía como resultado secundario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Policy statement: recommendations for the prevention of pneumococcal infections, including the use of pneumococcal conjugate vaccine (Prevnar), pneumococcal polysaccharide vaccine, and antibiotic prophylaxis. *Pediatrics* 2000; 106(2 Pt 1):362-366.
- (2) Barnett ED, Pelton SI, Cabral HJ, Eavey RD, Allen C, Cunningham MJ et al. Immune response to pneumococcal conjugate and polysaccharide vaccines in otitis-prone and otitis-free children. *Clin Infect Dis* 1999; 29(1):191-192.
- (3) Becker GD ETGR. Swimming and tympanostomy tubes: a prospective study. *Laryngoscope* 1987; 97(740):741.
- (4) Behre U, Burow HM, Quinn P, Cree F, Harrison HE. Efficacy of twice-daily dosing of amoxicillin/clavulanate in acute otitis media in children. *Infection* 1997; 25(3):163-166.
- (5) Belshe RB, Mendelman PM, Treanor J, King J, Gruber WC, Piedra P et al. The efficacy of live attenuated, cold-adapted, trivalent, intranasal influenza virus vaccine in children. *N Engl J Med* 1998; 338(20):1405-1412.
- (6) Bennett KE, Haggard MP, Silva PA, Stewart IA. Behaviour and developmental effects of otitis media with effusion into the teens. *Arch Dis Child* 2001; 85(2):91-95.
- (7) Black S, Shinefield H, Fireman B, Lewis E, Ray P, Hansen JR et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. Northern California Kaiser Permanente Vaccine Study Center Group. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19(3):187-195.
- (8) Black SB, Shinefield HR, Hansen J, Elvin L, Laufer D, Malinoski F. Postlicensure evaluation of the effectiveness of seven valent pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20(12):1105-1107.
- (9) Bluestone CD. Role of surgery for otitis media in the era of resistant bacteria. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17(11):1090-1098.
- (10) Bluestone CD. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media: implications for prevention and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 42(3):207-223.
- (11) Bottenfield GW, Burch DJ, Hedrick JA, Schaten R, Rowinski CA, Davies JT. Safety and tolerability of a new formulation (90 mg/kg/day divided every 12 h) of amoxicillin/clavulanate (Augmentin) in the empiric treatment of pediatric acute otitis media caused by drug-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17(10):963-968.



- (12) Burke P, Bain J, Robinson D, Dunleavy J. Acute red ear in children: controlled trial of non-antibiotic treatment in general practice. *BMJ* 1991; 303(6802):558-562.
- (13) Butler CC, MacMillan H. Does early detection of otitis media with effusion prevent delayed language development? *Arch Dis Child* 2001; 85(2):96-103.
- (14) Butler CC, Der Voort JH. Steroids for otitis media with effusion: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(6):641-647.
- (15) Campbell SM, Roland MO, Shekelle PG, Cantrill JA, Buetow SA, Cragg DK. Development of review criteria for assessing the quality of management of stable angina, adult asthma, and non-insulin dependent diabetes mellitus in general practice. *Qual Health Care* 1999; 8(1):6-15.
- (16) Casselbrant ML, Mandel EM, Fall PA, Rockette HE, Kurs-Lasky M, Bluestone CD et al. The heritability of otitis media: a twin and triplet study. *JAMA* 1999; 282(22):2125-2130.
- (17) Clements DA, Langdon L, Bland C, Walter E. Influenza A vaccine decreases the incidence of otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149(10):1113-1117.
- (18) Cohen R, Levy C, Boucherat M, Langue J, de La RF. A multicenter, randomized, double-blind trial of 5 versus 10 days of antibiotic therapy for acute otitis media in young children. *J Pediatr* 1998; 133(5):634-639.
- (19) Cohen R, Navel M, Grunberg J, Boucherat M, Geslin P, Derriennic M et al. One dose ceftriaxone vs. ten days of amoxicillin/clavulanate therapy for acute otitis media: clinical efficacy and change in nasopharyngeal flora. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18(5):403-409.
- (20) Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; 52(12):1081-1094.
- (21) Coyte PC, Croxford R, McIsaac W, Feldman W, Friedberg J. The role of adjuvant adenoidectomy and tonsillectomy in the outcome of the insertion of tympanostomy tubes. *N Engl J Med* 2001; 344(16):1188-1195.
- (22) Daly KA, Brown JE, Lindgren BR, Meland MH, Le CT, Giebink GS. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. *Pediatrics* 1999; 103(6 Pt 1):1158-1166.
- (23) Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, de Melker RA. Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: evidence based? *Br J Gen Pract* 1998; 48(437):1861-1864.
- (24) Damoiseaux RA, van Balen FA, Verheij TJ. Respiratory viruses and acute otitis media. *N Engl J Med* 1999; 340(25):2002.
- (25) Damoiseaux RA, de Melker RA, Ausems MJ, van Balen FA. Reasons for non-guideline-based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. *Fam Pract* 1999; 16(1):50-53.

- (26) Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis [see comments]. *BMJ* 1997; 314(7093):1526-1529.
- (27) Dopson S, Miller R, Dawson S, Sutherland K. Influences on clinical practice: the case of glue ear. *Qual Health Care* 1999; 8(2):108-118.
- (28) Dowell SF, Butler JC, Giebink GS, Jacobs MR, Jernigan D, Musher DM et al. Acute otitis media: Management and surveillance in an era of pneumococcal resistance - A report from the drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* therapeutic working group. *Pediatr Infect Dis J* 1999; *Pediatric-Infectious-Disease-Journal*. 1999; 18(1):1-9.
- (29) Dowie R, Robinson M, Jones R. Research on guidelines implementation in primary care. Introduction. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 1:S1-S2.
- (30) Froom J, Culpepper L, Grob P, Bartelds A, Bowers P, Bridges-Webb C et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *BMJ* 1990; 300(6724):582-586.
- (31) Froom J, Culpepper L, Green LA, de Melker RA, Grob P, Heeren T et al. A cross-national study of acute otitis media: risk factors, severity, and treatment at initial visit. Report from the International Primary Care Network (IPC�) and the Ambulatory Sentinel Practice Network (ASPN). *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(6):406-417.
- (32) Gross PA, Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: a systematic review. *Med Care* 2001; 39(8 Suppl 2):II55-II69.
- (33) Heikkinen T, Ruuskanen O, Ziegler T, Waris M, Puhakka H. Short-term use of amoxicillin-clavulanate during upper respiratory tract infection for prevention of acute otitis media. *J Pediatr* 1995; 126(2):313-316.
- (34) Hendrickse WA, Kusmiesz H, Shelton S, Nelson JD. Five vs. ten days of therapy for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1988; 7(1):14-23.
- (35) Hoberman A, Paradise JL, Burch DJ, Valinski WA, Hedrick JA, Aronovitz GH et al. Equivalent efficacy and reduced occurrence of diarrhea from a new formulation of amoxicillin/clavulanate potassium (Augmentin) for treatment of acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16(5):463-470.
- (36) Ioannidis JP, Lau J. Technical report: evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic overview. *Pediatrics* 2001; 108(3):E57.
- (37) Jacobsson S, Fogh A, Larsson P, Lomborg S. Evaluation of amoxicillin clavulanate twice daily versus thrice daily in the treatment of otitis media in children. Danish-Swedish Study Group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12(5):319-324.
- (38) Jensen PM, Lous J. Criteria, performance and diagnostic problems in diagnosing acute otitis media. *Fam Pract* 1999; 16(3):262-268.

- (39) Jero J, Virolainen A, Virtanen M, Eskola J, Karma P. Prognosis of acute otitis media: Factors associated with poor outcome. *ACTA OTO LARYNGOL* 1997; *Acta-Oto-Laryngologica*. 117(2):278-283.
- (40) Johansen EC, Lildholdt T, Damsbo N, Eriksen EW. Tympanometry for diagnosis and treatment of otitis media in general practice. *Fam Pract* 2000; 17(4):317-322.
- (41) Kim DJ, Bluestone CD, Nelson JD, Ogra PL, editors. Pneumatic otoscopy and otitis media. The value of different membrane findings and their combinations. Burlington, Ontario: Decker, 1993.
- (42) Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124(4):374-380.
- (43) Kozyrskiy AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: a meta-analysis [see comments]. *JAMA* 1998; 279(21):1736-1742.
- (44) Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, McDonald L, Franz CE, Kravitz RL. Parent expectations for antibiotics, physician-parent communication, and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(7):800-806.
- (45) Mason J, Freemantle N, Browning G. Impact of effective health care bulletin on treatment of persistent glue ear in children: time series analysis. *BMJ* 2001; 323(7321):1096-1097.
- (46) Mitchell DK, Van R, Mason EH, Norris DM, Pickering LK. Prospective study of toxigenic *Clostridium difficile* in children given amoxicillin/clavulanate for otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15(6):514-519.
- (47) O'Brien KL, Swift AJ, Winkelstein JA, Santosham M, Stover B, Luddy R et al. Safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal vaccine conjugated to CRM(197) among infants with sickle cell disease. Pneumococcal Conjugate Vaccine Study Group. *Pediatrics* 2000; 106(5):965-972.
- (48) Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Rockette HE et al. Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media: parallel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes. *JAMA* 1999; 282(10):945-953.
- (49) Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Colborn DK, Bernard BS et al. Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years. *N Engl J Med* 2001; 344(16):1179-1187.
- (50) Parker GS TTMMWJ. The effect of water exposure after tympanostomy tube insertion. *Am J Otolaryngol* 1994; 15:193-196.
- (51) Pelton S. Prevention of acute and recurrent otitis media. *Lancet* 2000; 356(9239):1370-1371.

- (52) Pichichero ME. Acute otitis media: part II. Treatment in an era of increasing antibiotic resistance. *Am Fam Physician* 2000; 61(8):2410-2416.
- (53) Pichichero ME, Reiner SA, Brook I, Gooch WM, III, Yamauchi T, Jenkins SG et al. Controversies in the medical management of persistent and recurrent acute otitis media. Recommendations of a clinical advisory committee. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 2000; 183:1-12.
- (54) Pichichero ME. Recurrent and persistent otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19(9):911-916.
- (55) Pichichero ME. Acute otitis media: Part I. Improving diagnostic accuracy. *Am Fam Physician* 2000; 61(7):2051-2056.
- (56) Pichichero ME. Evaluating the need, timing and best choice of antibiotic therapy for acute otitis media and tonsillopharyngitis infections in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19(12 Suppl):S131-S140.
- (57) Pichichero ME, Poole MD. Assessing diagnostic accuracy and tympanocentesis skills in the management of otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(10):1137-1142.
- (58) Pichichero ME, Marsocci SM, Murphy ML, Hoeger W, Francis AB, Green JL. A prospective observational study of 5-, 7-, and 10-day antibiotic treatment for acute otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124(4):381-387.
- (59) Pirozzo S, Del Mar C. Should watchful waiting be used more often for acute otitis media? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(10):1097.
- (60) Pirozzo S, Del Mar C. Acute otitis media. *West J Med* 2001; 175(6):402-407.
- (61) Puczynski MS, Stankiewicz JA, Cunningham DG, Mortimer JC. Follow-up visit after acute otitis media. *Br J Clin Pract* 1985; 39(4):132-4,153.
- (62) Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, Cipolle RJ, Uden DL, Giebink GS et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials [see comments]. *J Pediatr* 1994; 124(3):355-367.
- (63) Rovers MM, Zielhuis GA, Ingels K, van der Wilt GJ. Day-care and otitis media in young children: a critical overview. *Eur J Pediatr* 1999; 158(1):1-6.
- (64) Rovers MM, Zielhuis GA, Straatman H, Ingels K, van der Wilt GJ, van den BP. Prognostic factors for persistent otitis media with effusion in infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125(11):1203-1207.
- (65) Rovers MM, Straatman H, Ingels K, van der Wilt GJ, van den BP, Zielhuis GA. The effect of short-term ventilation tubes versus watchful waiting on hearing in young children with persistent otitis media with effusion: a randomized trial. *Ear Hear* 2001; 22(3):191-199.
- (66) Rovers MM, Zielhuis GA, Bennett K, Haggard M. Generalisability of clinical trials in otitis media with effusion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 60(1):29-40.

- (67) Rovers MM, Ingels K, van der Wilt GJ, Zielhuis GA, van den BP. Otitis media with effusion in infants: is screening and treatment with ventilation tubes necessary? *CMAJ* 2001; 165(8):1055-1056.
- (68) Salata JA DCS. Water precautions in children with tympanostomy tubes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122:276-280.
- (69) Sharma PD. Swimming with grommets. *Scand Audiol* 1986; 26:89-91.
- (70) Smelt GJ YLH. Swimming and grommets. *J Laryngol Otol* 1984; 98:243-245.
- (71) Stathis SL, O'Callaghan DM, Williams GM, Najman JM, Andersen MJ, Bor W. Maternal cigarette smoking during pregnancy is an independent predictor for symptoms of middle ear disease at five years' postdelivery. *Pediatrics* 1999; 104(2):e16.
- (72) Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media [see comments]. *Clin Infect Dis* 1996; 22(6):1079-1083.
- (73) Van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. *Lancet* 1981; 2(8252):883-887.
- (74) Varsano I, Volovitz B, Horev Z, Robinson J, Laks Y, Rosenbaum I et al. Intramuscular ceftriaxone compared with oral amoxicillin-clavulanate for treatment of acute otitis media in children. *Eur J Pediatr* 1997; *European-Journal-of-Pediatrics*. 156(11):858-863.
- (75) Wald ER, Dashefsky B, Byers C, Guerra N, Taylor F. Frequency and severity of infections in day care. *J Pediatr* 1988; 112(4):540-546.
- (76) Williams RL, Chalmers TC, Stange KC, Chalmers FT, Bowlin SJ. Use of antibiotics in preventing recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion. A meta-analytic attempt to resolve the brouhaha. *JAMA* 1993; 270(11):1344-1351.

## ABREVIATURAS

<b>AB:</b>	Antibiótico.
<b>AE:</b>	Atención Especializada.
<b>AETSA:</b>	Agencia de Evaluación de Tecnologías de Andalucía.
<b>AP:</b>	Atención Primaria.
<b>CAE:</b>	Conducto auditivo externo.
<b>CIE:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades.
<b>CPE:</b>	Centro Periférico de Especialidades.
<b>CS:</b>	Centro de Salud.
<b>DB:</b>	Decibelios.
<b>DCCU-AP:</b>	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de AP.
<b>EASP:</b>	Escuela Andaluza de Salud Pública.
<b>ECAs:</b>	Ensayos clínicos aleatorizados.
<b>FEA:</b>	Facultativo Especialista de Área.
<b>GPC-BE:</b>	Guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
<b>HC:</b>	Historia clínica.
<b>Hzs:</b>	Hertzios.
<b>IC:</b>	Intervalo de confianza.
<b>IgG:</b>	Inmunoglobulina G.
<b>mmH<sub>2</sub>O:</b>	Milímetros de agua.
<b>NEOM:</b>	Otitis media necrotizante.
<b>NNT:</b>	Número necesario tratar.
<b>OM:</b>	Otitis media.
<b>ORL:</b>	Otorrinolaringólogo.
<b>RR:</b>	Riesgo relativo.
<b>RRA:</b>	Riesgo relativo absoluto.
<b>SAS:</b>	Servicio Andaluz de Salud.
<b>SCCU-H:</b>	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital.
<b>SSPA:</b>	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
<b>UAU:</b>	Unidad de Atención al Usuario.

