

# 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.