

eISSN 2444-7986

DOI: <https://doi.org/10.14201/orl201674.14728>

Artículo original

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Otitis media with effusion in primary care: follow-up protocol

José Ignacio BENITO-OREJAS¹; Juan Vicente VELASCO-VICENTE²; Mercedes GARRIDO-REDONDO³; Rosario BACHILLER-LUQUE⁴; Miriam MATA-JORGE⁵; Beatriz RAMÍREZ-CANO¹

SACYL. ¹Hospital Clínico Universitario. Servicio de ORL. Valladolid. España. ²Pediatría. Centro de Salud de San Pablo. Valladolid. España. ³Pediatría. Centro de Salud de Tórtola. Valladolid. España. ⁴Pediatría. Centro de Salud de Pilarica. Valladolid. España. ⁵Pediatría. Centro de Salud de Valladolid Rural I. Valladolid. España.

Correspondencia: jibenito@ono.com

Fecha de recepción: 11 de junio de 2016

Fecha de aceptación: 25 de junio de 2016

Fecha de Publicación: 27 de junio de 2016

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

© Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN

Introducción y objetivo: Con la intención de mejorar la calidad asistencial de los niños con otitis media serosa (OMS), los pediatras de atención primaria (PAP) se han provisto de procedimientos diagnósticos y medios formativos, estableciéndose una regla de actuación consensuada. En este trabajo presentamos el protocolo elaborado para el seguimiento de la OMS infantil. Método: Un grupo de PAP y ORL del mismo Área de salud, trabajamos para conseguir este consenso. A través de las guías publicadas y de la revisión de la literatura sobre OMS, encontramos su mejor adaptación a nuestro medio. Resultados: Se expresan los pasos que hemos considerado necesarios para el diagnóstico, seguimiento, derivación y documentación de la OMS en la infancia. Discusión: Una correcta intervención terapéutica de la OMS en la infancia implica documentar en pediatría las características del paciente y los hallazgos clínicos de la otoscopia neumática y de la timpanometría, realizar un seguimiento periódico y vigilante de las posibles alteraciones, conocer y aplicar los motivos de derivación a atención especializada y mantener una buena comunicación entre PAP y ORL. Conclusiones: El acuerdo entre pediatras y ORL ha permitido establecer una guía conjunta de actuación en la OMS infantil, lo que junto a la mejora del diagnóstico, redundará en un mayor grado de eficacia y eficiencia en los cuidados de este proceso.

PALABRAS CLAVE

niño; otitis media con efusión; protocolo; estudios de seguimiento; atención primaria

SUMMARY

Introduction and objective: With the intention of improving the quality of care of children with otitis media with effusion (OME), the pediatricians of primary care (PAP) have been provided procedures diagnostic and training media, establishing a rule of consensus action. In this paper we present the Protocol developed for the monitoring of OME in children. Method: A team of

pediatricians and otolaryngologists from the same Healthcare Area, who have worked to achieve this consensus. Through the published guides and review of the literature on OME, we find his best adaptation to our environment. Results: We expose the necessary steps for the diagnosis, follow-up, referral and documentation of OME in children. Discussion: A correct therapeutic intervention for OME in children involves documenting patient characteristics and clinical findings of the pneumatic otoscopy and tympanometry, perform periodic and vigilant monitoring of potential disruptions, know and apply the reasons for referral to specialized care and maintaining good communication between pediatricians and ENT. Conclusions: The agreement between pediatricians and ENT has helped establish a joint guide of action in children for OME, which together with the improvement of diagnosis, will result in a greater degree of efficiency in the childhood care of OME.

KEYWORDS child; otitis media with effusion; protocol; follow-up studies; primary health care

INTRODUCCIÓN

La otitis media con efusión (OME) se define por la presencia de un fluido no purulento en el oído medio, de diferentes grados de viscosidad, con integridad timpánica y sin signos o síntomas de inflamación aguda [1]. Otros términos utilizados en la descripción de este proceso son los de otitis media serosa —OMS, que al ser usado con más frecuencia en nuestro medio, será el que apliquemos a partir de ahora— u otitis media mucosa, sero o mucotímpano, catarro de oído medio o tubotímpano, otitis crónica no supurada, etc.

Puede producirse espontáneamente a consecuencia de una alteración de la función tubárica, o como respuesta inflamatoria después de una otitis media aguda (OMA) (en un 25-30% de casos). Es una enfermedad propia de los niños, padeciéndola el 90% antes de la edad escolar [2], sobre todo entre los 6 meses y 4 años [3]. En el 80% de los casos es bilateral. La mayoría de episodios (90%) se resuelven espontáneamente en los 3 meses siguientes, pero entre un 30-40 % de niños tienen OMS recurrentes y en un 5-10% de pacientes, la duración se prolonga durante 1 año o más [2, 4].

La importancia de la OMS obedece a su elevada prevalencia, que genera un gran número de consultas en atención primaria, de las dificultades que muestra el diagnóstico y la correcta valoración de su duración, del riesgo de complicaciones, entre las que destaca la hipoacusia y sus consecuencias y de ser una de las causas más frecuentes de cirugía infantil [5], produciendo consecuentemente, un importante gasto económico [6]. Los problemas diagnósticos y el riesgo de complicaciones, favorecen también la derivación de pacientes hacia atención especializada. Pretendemos demostrar es que si los pediatras de atención primaria (PAP) dispusieran de los medios diagnósticos más adecuados (esencialmente la

otoscopia neumática y timpanometría), con la formación suficiente para su correcta utilización y trabajando con un protocolo consensuado con el Servicio de ORL de la misma área sanitaria, se conseguiría mejorar la competencia diagnóstica, disminuyendo el número de derivaciones y enriqueciéndose la calidad asistencial; en definitiva, crecería la eficacia y eficiencia en el control de este proceso.

El seguimiento compartido de la OMS por otorrinos y pediatras, hace necesario aplicar los mismos criterios diagnósticos e indicaciones terapéuticas, adoptando un lenguaje común. Dada la importancia que representa para el niño con OMS y su familia, una estrecha relación entre el PAP y el especialista ORL, hemos elaborado este protocolo conjunto de actuación, mejorando también los canales de comunicación e informatizando los datos epidemiológicos, clínicos y exploratorios.

En este trabajo mostraremos el modo de llevar a cabo el seguimiento de la OMS infantil y los medios de control aplicados, entre los pediatras del Área de Salud Este y el servicio de ORL del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODO

Un grupo de pediatras y ORL del mismo Área de salud, comprometidos en mejorar el control y seguimiento de la OMS, elaboramos un proyecto común. En artículos previos [7-9] fuimos describiendo los procedimientos considerados de mayor utilidad para el pediatra, en el diagnóstico de la OMS. Expusimos la manera de limpiar la cera del oído [7], de utilizar la otoscopia neumática [8] y las aportaciones de la timpanometría en el diagnóstico de la OMS [9]. En este trabajo mostraremos la planificación que hemos considerado más adecuada en la evaluación continuada de la OMS y los criterios de derivación establecidos. Para ello nos

hemos basado en las guías y documentos de consenso existentes, avaladas por multitud de trabajos científicos. También se indican las variables socio-demográficas y clínicas relacionadas con esta patología, que iremos registrando.

Finalmente, los niños remitidos desde PAP a especializada, serán evaluados por un ORL, que juzgará la efectividad de la intervención; entendida como el logro del objetivo previsto (diagnóstico, seguimiento y correcta derivación de la OMS infantil).

Todas estas circunstancias quedarán recogidas en una base diseñada al efecto, con introducción protegida de los datos.

RESULTADOS

En la base de datos especificada, el PAP al diagnosticar a un niño con OMS (edades comprendidas entre 6 meses y 14 años), introducirá las características epidemiológicas, las relativas a la forma de presentación, al resultado de la otoscopia y la timpanometría, al diagnóstico obtenido y a los criterios de derivación, según los siguientes apartados.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, FACTORES DE RIESGO Y FAVORECEDORES DE OMS Y TRATAMIENTOS PREVIOS (Figura 1).

VARIABLES REFERENTES A LA FORMA DE PRESENTACIÓN:

1. Con signos de alerta:
 - Trastornos de aprendizaje, bajo rendimiento escolar.
 - Trastornos de conducta.
 - Retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje.
 - Vértigo o alteraciones del equilibrio.
2. Con factores de riesgo:
 - Inmunodeficiencias.
 - Anomalías craneofaciales.
 - Fisura palatina (asocie o no alteración craneofacial).
 - Lactante menor de 6 meses.
 - Hipoacusia previa permanente.
 - Ceguera.
3. Con sospecha de OMS:
 - Sospecha de hipoacusia.
 - Catarros frecuentes de vía aérea superior.
 - Otolgia o sensación de taponamiento ótico.
 - Irritabilidad o alteraciones del sueño.

- OMA hace menos de 3 meses.
- En un examen rutinario del oído.

EN TODO NIÑO CON «SIGNOS DE ALERTA» O «SOSPECHA DE OMS», CUYA OTOSCOPIA NEUMÁTICA SEA SUPUESTAMENTE UNA OMS UNI O BILATERAL, DEBERÁ REALIZARSE UNA TIMPANOMETRÍA:

- Si la timpanometría es normal (A y C1) y la otoscopia supone una OMS, se solicita nueva timpanometría. Si sigue siendo normal y la otoscopia sigue pareciendo una OMS, se debe remitir al niño a ORL para verificar la exploración. Si hay concordancia entre ambas exploraciones se continúa el seguimiento.
- Si la timpanometría es patológica (B y C2) y la otoscopia se considera normal, se solicita nueva timpanometría. Si se obtiene la misma curva y la otoscopia seguimos creyendo que es normal, se debe remitir al niño a ORL para verificar la exploración, pues hay otros procesos (fibrosis, placas calcáreas...) que pueden fijar el tímpano, obteniendo un timpanograma plano y una otoscopia bastante normal.

EN FUNCIÓN DE LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA Y DE LA TIMPANOMETRÍA, SE ESTABLECERÁ UN DIAGNÓSTICO INICIAL, QUE PODRÁ SER:

- NORMAL.
- OMS bilateral.
- OMS unilateral del oído derecho (OD).
- OMS unilateral del oído izquierdo (OI).
- Alteración de la membrana timpánica de cualquier oído.

POSTERIORMENTE SE SEGUIRÁN REVISIONES TRIMESTRALES HASTA DAR DE ALTA AL PACIENTE O DECIDIR LA DERIVACIÓN A ORL, SEGÚN LAS SIGUIENTES PAUTAS (FIGURA 2):

- Los niños con «signos de alerta» serían aquellos en los que habría que descartar la presencia de hipoacusia por presentar algún trastorno asociado del aprendizaje, conducta o lenguaje y los que refirieran como síntoma, vértigo o alteración del equilibrio. El PAP realizará otoscopia y timpanometría, estableciendo el diagnóstico de normalidad o de OMS, pero siempre remitirá a estos niños a ORL, para valorar la audición o la causa del vértigo.
- Los niños con «factores de riesgo» son los que por sus características (inmunodeficiencias, anomalías craneofaciales...) tie-

nen mayores posibilidades de que la evolución de la OMS se cronifique y genere complicaciones o aquellos que, por la patología previa (hipoacusia permanente, déficit visual importante), puedan sufrir mayores repercusiones. En estos casos, sólo si el PAP confirma la presencia de OMS, remitirá al niño a ORL para un control y seguimiento más estrecho.

- Los niños sin factores de riesgo ni signos de alerta, que han sido diagnosticados de OMS, se revisarán trimestralmente (repetiendo la otoscopia neumática y la timpanometría) y serán dados de alta si el proceso se resuelve o, derivados a ORL en los siguientes supuestos:
- Curva timpanométrica tipo B o C2 unilateral o bilateral con síntomas de hipoacusia de más de 3 meses de evolución.
- Curva timpanométrica tipo B o C2 unilateral o bilateral (sin sospecha de hipoacusia ni signos de evolución a patología crónica), que no mejora tras un período de seguimiento de 9 meses sin incluir el verano o de 6 meses incluido el verano. En caso de mejorar después del verano, se continúa el seguimiento.
- OMS con alteraciones de la membrana timpánica (bolsa de retracción, atelectasia...) o que progresa a las siguientes patologías crónicas: otitis media crónica simple, otitis media crónica colesteatomatosa, otitis adhesiva.
- Incapacidad diagnóstica por: imposibilidad de extracción de cera, dudas en el diagnóstico otoscópico o incertidumbre con el trazado timpanométrico.

Todo este proceso de seguimiento o derivación, en función de las distintas formas de presentación y de los resultados obtenidos con las exploraciones, se expresan en forma de algoritmo en la figura 3.

En el seguimiento de los niños con OMS, el PAP cuidará también de las medidas preventivas y terapéuticas que considere necesarias, según el siguiente esquema:

- A. CONSEJOS PROFILÁCTICOS:
 1. Consejos preventivos sobre el tabaco en el domicilio.
 2. Promoción de la lactancia materna.
 3. Profilaxis de catarros: lavado de manos, limpieza de fómites..., evitar sorber por la nariz y aprender a sonarse.
 4. Desaconsejar el uso del chupete a partir de los 6 meses.
 5. Eludir la alimentación en decúbito (biberón tumbado para que el niño se duerma...).
- B. EVITACIÓN DE ACTIVIDADES:
 6. Evitación de piscina si favorece la congestión nasal.
 7. Evitación temporal de guardería.
- C. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS:
 8. Vacunación antigripal.
 9. Vacuna antineumocócica.
 10. Vacunación anticatarral.
 11. Insuflación tubárica en > 4 años (Val-salva, Otovent®...).
 12. Crenoterapia y balnearioterapia.
- D. ESTUDIOS ESPECÍFICOS:
 13. Estudio de posible alergia (neumoalergenos y alergenicos alimentarios).
 14. Estudio de posible reflujo gastroesofágico.

Una vez que el pediatra remita a ORL a un niño con OMS, realizaremos un control de efectividad de la intervención realizada, evaluando el resultado correcto de las pruebas timpanométricas, del diagnóstico realizado, del adecuado seguimiento y de los criterios de derivación. Siempre procuraremos que el tiempo de espera del paciente desde atención primaria a especializada sea el menor posible,

| |
|--|
| A- Datos del paciente: |
| 1. Sexo (1-Varón, 2-Hembra). |
| 2. Raza/etnia (1-Blanca, 2-Etnia gitana, 3-Otra). |
| 3. Fecha de consulta inicial (dd/mm/aaaa). |
| 4. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa). |
| 5. Fecha nacimiento de la madre (dd/mm/aaaa). |
| 6. Estación de nacimiento (1-Primavera, 2-Verano, 3-Otoño, 4- Invierno). |
| 7. Nº de hermanos con los que conviva (1-0; 2-1; 3-2, 4-más de 2). |
| 8. Antecedentes familiares de padecimientos de oído medio (1-SI, 0-NO). |
| B- Factores de riesgo: |
| 9. Inmunodeficiencias (1-SI, 0-NO). |
| 10. Anomalías craneofaciales (Síndrome de Apert, Crouzon, Pierre-Robin, CHARGE, Mucopolisacaridosis, Síndrome de Down, etc.,) (1-SI, 0-NO). |
| 11. Fisura palatina, con o sin anomalía cráneo-facial (1-SI, 0-NO). |
| 12. Lactante menor de 6 meses (1-SI, 0-NO). |
| 13. Hipoacusia permanente previa (1-SI, 0-NO). |
| 14. Ceguera o escasa visión (1-SI, 2-NO). |
| C- Factores favorecedores: |
| 15. Padecimientos de oído medio (OMA u OME) con menos de un año (1-SI, 0-NO). |
| 16. OM aguda en los 3 meses anteriores (1-SI, 0-NO). |
| 17. Infecciones frecuentes de vías respiratorias altas (catarros de repetición: \geq de 4 episodios al año) (1-SI, 0-NO). |
| 18. OM Recurrente (\geq 4 OM en últimos 12 meses o \geq 3 OM en últimos 6 meses) (1-SI, 0-NO). |
| 19. Hipertrofia adenoidea (mala respiración nasal, boca abierta, ronquido nocturno...) (1-SI, 0-NO). |
| 20. Asistencia a guardería (0-NO; 1- < 1 año; 2- > 1 año). |
| 21. Padres fumadores (0-NO; 1-Padre fumador; 2-Madre fumadora; 3-Ambos padres). |
| 22. Factores socio-económicos deficitarios (0- No, 1-Si). |
| 23. Reflujo gastroesofágico (1-SI, 0-NO). |
| 24. Prematuridad (0-NO, 1- <37 semanas, 2- < 32 semanas). |
| 25. Bajo peso al nacimiento (0-NO, 1- < 1500 g; 2- <1000g). |
| 26. Alergia ambiental o alimentaria. (1-SI, 0-NO). |
| 27. Lactancia materna (0-NO; 1- < 6 meses; 2- 6 a 12 meses; 3- > 12 meses). |
| 28. Uso de chupete (no se considera su uso en los primeros 6 meses): (0-NO, 1- 6 meses a 1 año, 2- 1 a 2 años, 3- > 3 años). |
| 29. Inicio de la OMS en invierno (1-SI, 0-NO). |
| 30. Obesidad en niños \leq 2 años (1-SI, 0-NO). |
| D- Tratamientos previos: |
| 31. Antecedentes quirúrgicos de adenoidectomía, colocación de drenajes transtimpánicos (DTT) o ambos (1-SI, 0-NO). |
| 32. Vacuna Gripe (1-SI, 0-NO). |
| 33. Vacuna Neumococo (1-SI, 0-NO). |

Figura 1. Epidemiología. Variables sociodemográficas y factores de riesgo de OMS. Entre paréntesis se significan las claves utilizadas para la introducción en la base de datos.

OMA: otitis media aguda; OME: otitis media con efusión (otitis media serosa).

para impedir que se produzcan cambios en la interpretación de los hallazgos referidos. También será nuestra intención determinar la eficiencia de la intervención, comparando el

número de derivaciones y de consultas generadas por cada derivación, antes y después de la aplicación de este protocolo.

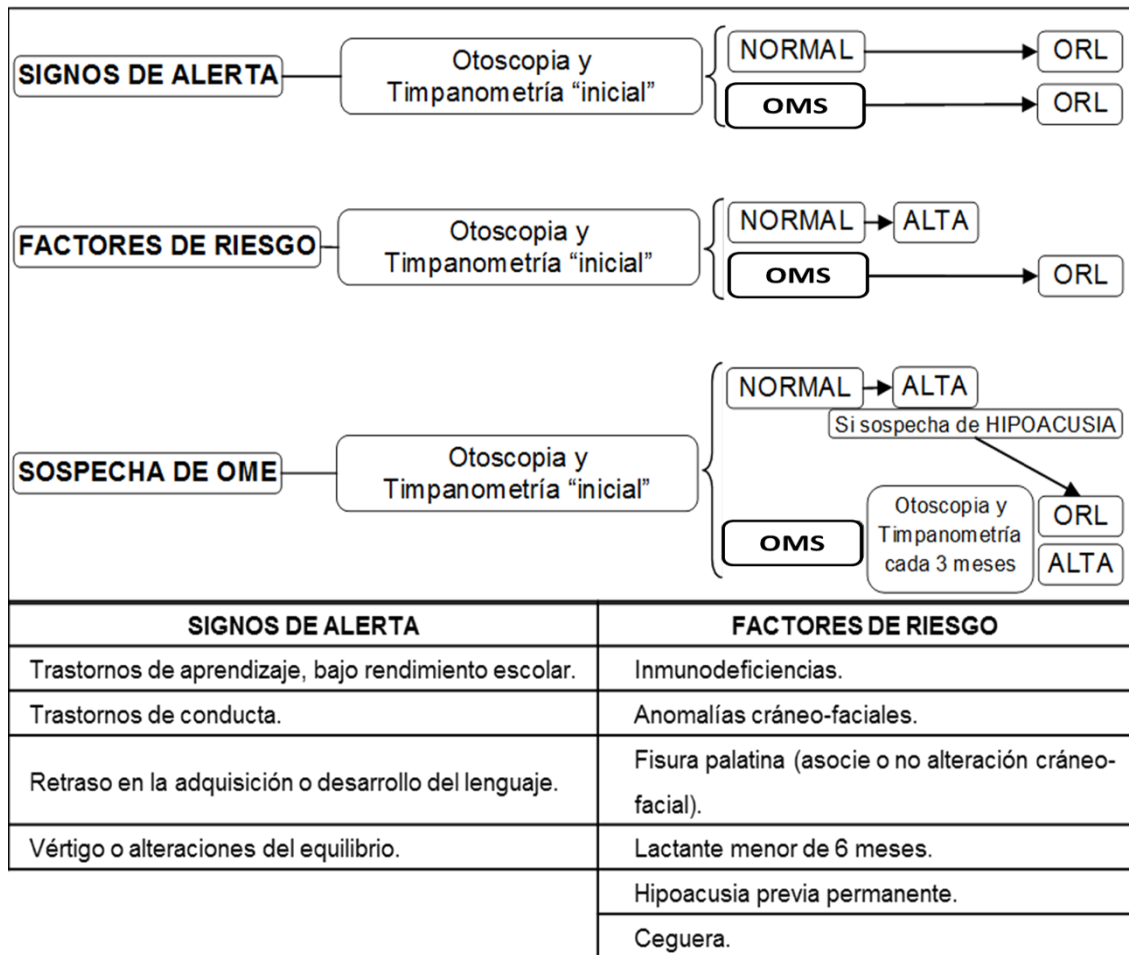


Figura 2. Protocolo de seguimiento y derivación de la OMS en pediatría de atención primaria.

DISCUSIÓN

Muchos de los aspectos epidemiológicos y de la historia natural de la otitis media (OM), fueron caracterizados entre los años 1960 a 1985. Durante esta época se evaluaron la mayor parte de los factores sociodemográficos y de estilo de vida que podían constituir un riesgo de OM [10] y que son los que nosotros hemos incluido en nuestro estudio. Pero responder a la pregunta de ¿por qué sufre un niño concreto

una OMS?, no es tarea fácil y la mayoría de las veces el esfuerzo por categorizar la importancia de los factores favorecedores en la evolución de la OM, genera controversia, incluso con conclusiones opuestas en estudios bien realizados [10]. De todos estos factores, los que más fácilmente podemos modificar son, el uso del chupete y la asistencia a guardería, pues el resto son calificados como de «probables».

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA EN ATENCIÓN PRIMARIA
BENITO-OREJAS JI ET AL.

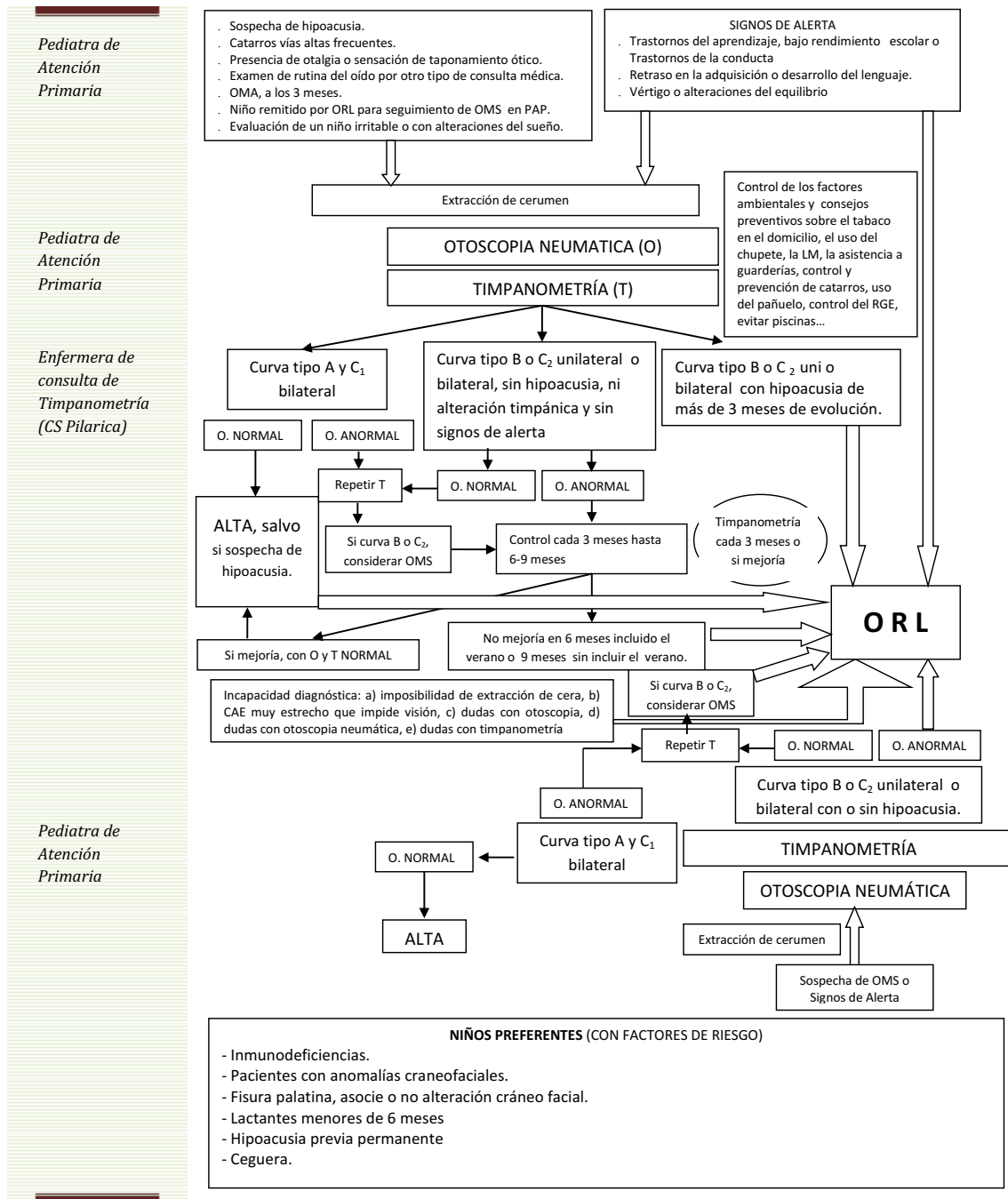


Figura 3. Algoritmo de diagnóstico y seguimiento de la OMS en pediatría de atención primaria.

Las directrices fundamentales de este protocolo de seguimiento de la OMS, se basan en las establecidas por las academias americanas de Pediatría, ORL y Médicos de Familia [11]:

1. Un aspecto fundamental consiste en documentar las características del paciente y los hallazgos clínicos, a fin de incrementar su

seguridad, reducir los errores médicos y permitir una evaluación posterior más completa por el ORL. En cada revisión registraremos la lateralidad, la duración de la OMS y la presencia y severidad de los síntomas asociados. Las decisiones terapéuticas dependerán fundamentalmente de la duración y de la lateralidad

de la efusión, siendo menos importantes los síntomas asociados (salvo la hipoacusia y/o signos de alerta).

Conocer el momento de inicio del proceso suele ser complicado. En ocasiones puede facilitar el antecedente próximo de una otitis media aguda (OMA) o un timpanograma reciente normal, pero desgraciadamente suelen faltar estas condiciones y el clínico se ve forzado a especular el comienzo y la duración de la OME, en un niño al que descubre por primera vez y de forma casual una OMS. Aunque se debiera intentar una estimación razonable, de no ser posible, se contaría el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico.

En un 40-50% de niños afectados, ni los padres ni los cuidadores refieren síntomas de sospecha [12, 13]. En otros casos, se describen algunos de los siguientes síntomas, asociados con la inflamación o la presencia de fluido en oído medio, como:

- Dolor intermitente de oído, sensación de ocupación o de burbujeo.
- Manifestaciones secundarias derivadas del dolor de oído, como irritabilidad o alteración del sueño.
- Sospecha de hipoacusia, que se puede expresar como falta de atención a los sonidos ambientales, cambios de comportamiento, incapacidad de responder a un nivel normal de habla, o la necesidad de aumentar el volumen de equipos de audio o televisión.
- Retraso escolar.
- Problemas de equilibrio o retardo en el desarrollo motor.
- Alteraciones en el desarrollo del habla o del lenguaje.

2. El PAP debe diferenciar al niño con OMS con riesgo de presentar problemas de habla, lenguaje o aprendizaje («signo de alerta»), del resto, para remitir con prontitud al ORL y evaluar la audición, el desarrollo lingüístico y la necesidad de intervención. Los niños con factores de riesgo o signos de alerta, pueden presentar más fácilmente dificultades del desarrollo (retraso o desorden) a consecuencia de sufrir alteraciones sensoriales, físicas, cognitivas o del comportamiento. Estos niños pueden ser menos tolerantes a la hipoacusia o a alteraciones vestibulares secundarias a una OMS y el PAP debe determinar la presencia de estas condiciones para priorizar la planificación del diagnóstico y del tratamiento.

Los niños con malformaciones craneofaciales (como fisura palatina, síndrome de Down, secuencia de Robin, asociación CHARGE...) tienen una prevalencia superior de OMS, hipoacusia y retraso del habla o del lenguaje que el resto de niños sin estas anomalías. Otros niños no tienen mayor prevalencia de OMS, pero presentan más posibilidad de asociar un retraso del habla o del lenguaje, como los que ya tienen hipoacusia permanente, trastorno específico del lenguaje, trastorno del espectro autista, o síndromes que alteren el desarrollo cognitivo y lingüístico. Los niños con déficit visual importante son más susceptibles a los efectos de la OMS, porque dependen más de la audición que los niños con visión normal y además son más vulnerables a las secuelas, especialmente en relación al equilibrio, la localización sonora y la comunicación.

Estos niños, además del tratamiento de la OMS pueden requerir procedimientos para mejorar el habla y el lenguaje o la adaptación de prótesis auditivas u otros medios de amplificación, independientemente de la fase de intervención sobre la OMS. También es fundamental que una vez resuelta la OMS se documente la normalización de la audición porque la OMS puede enmascarar una hipoacusia permanente, favoreciendo el retraso de su detección.

3. En condiciones normales, las revisiones serán trimestrales, observando y esperando la evolución natural hacia la curación, dada la naturaleza autolimitada de esta afección. La probabilidad de resolución espontánea depende de la causa y de la duración del derrame [14]. Así por ejemplo, un 75-90% de OMS tras OMA se soluciona espontáneamente en los 3 meses siguientes. Otra situación favorable en una OMS recién diagnosticada, sería el cambio del timpanograma tipo B (curva plana) a otro distinto (A o C). En esta situación un 55% de niños mejoran, aunque 1/3 tendrán una recaída en los 3 meses siguientes. Una OMS bilateral de 3 meses o más, se resuelve espontáneamente después de 6-12 meses en el 30% de niños de 2 años o más, sin mayores beneficios en observaciones a largo plazo [14]. Nosotros hemos fijado para la derivación a ORL, un plazo de seguimiento de 9 meses sin incluir el verano o de 6 meses incluido el mismo.

Por supuesto, que es decisión del PAP planificar visitas intermedias a esos 3 meses, en función de su juicio clínico, del nivel de aceptación

familiar, de las características particulares del niño o su entorno, del acceso a los sistemas de salud, etc. Una vez documentada la resolución de la OMS, no es necesario el seguimiento.

Cualquier intervención (médica o quirúrgica) es más arriesgada que la simple observación y hay poco peligro en examinar la evolución de un niño que no tiene problemas del habla, lenguaje o aprendizaje. En estos casos se informará a los padres o cuidadores de que el niño puede presentar breves periodos de hipoacusia, que se intentarán subsanar mejorando las condiciones ambientales: hablándoles más cerca, de frente y con claridad, repitiendo las frases que no entiendan y colocándoles en un lugar preferente del aula.

El uso de antihistamínicos y descongestivos es ineficaz y no se recomiendan en el tratamiento de la OMS. Los antibióticos y corticoides no presentan eficacia a largo plazo y tampoco se aconsejan de forma rutinaria. El tratamiento antibiótico con o sin corticoides puede considerarse en aquellos casos en los que los padres o cuidadores expresen una gran aversión al tratamiento quirúrgico. En estas circunstancias, se puede usar un ciclo de tratamiento de 10 a 14 días. La probabilidad de mejora a largo plazo es pequeña y el uso más prolongado o repetitivo de este tratamiento no estaría indicado.

Finalmente, siempre que se presente un retraso del lenguaje o problemas en el aprendizaje o se sospeche una hipoacusia importante será necesario evaluar la audición, con aquellos procedimientos que estime el ORL y que estén de acuerdo con la edad de desarrollo del niño. Los estudios que analizan la sensibilidad auditiva de niños con OMS, indican que la pérdida media de las 4 frecuencias fundamentales (0,5-1-2-4 kHz) varía entre la normalidad y una hipoacusia moderada (0 a 55 dB). Alrededor de un 50% presentan una pérdida de 25 dB y un 20% superior a 35 dB HL.

En estos casos hay que tener en cuenta el ambiente familiar que rodea al niño, de forma que el escaso nivel educativo de la madre, el ámbito desfavorable de los cuidados sanitarios y el bajo nivel socio-económico son factores que pueden tener una influencia negativa sobre la hipoacusia, acrecentando los problemas escolares, de aprendizaje y de comportamiento; siendo a veces, aconsejable, un tratamiento más precoz de la OMS.

4. Los niños con OMS y sin factores de riesgo, se reexaminarán hasta que el derrame de oído medio desaparezca, se presente una hipoacusia importante o se sospechen alteraciones en el tímpano u oído medio (con el plazo máximo de seguimiento de 9 meses sin incluir el verano o de 6 meses incluido éste).

En general, podemos decir que la OMS asintomática se resuelve espontáneamente, pero la tasa de resolución decae a medida que persiste el derrame del oído medio. Los factores que influyen en que la resolución espontánea sea menos probable son [15]:

- Inicio de la OMS en verano u otoño.
- Hipoacusia superior a 30 dB HL en el oído mejor.
- Antecedentes de drenajes transtimpánicos (DTT).
- Sin adenoidectomía.

La cronificación de la OMS incrementa la posibilidad de lesión en la membrana timpánica. La respuesta inflamatoria local y la presión negativa en el oído medio, predisponen a la bolsa de retracción, la atelectasia y el colesteatoma. Cualquier niño con alguna de estas alteraciones timpánicas, independientemente de la duración de la OMS, debe derivarse a ORL. Otro motivo de derivación sería la presencia de alteraciones vestibulares («signo de alarma»), que pueden ser secundarias a OMS y mejorar tras el tratamiento quirúrgico. Otras causas que podrían justificar la cirugía, serían el inexplicable trastorno del sueño y la coexistencia con OMA de repetición.

En definitiva, el riesgo de seguimiento de la OMS debe sopesarse frente al peligro de la cirugía, pero la observación debe abandonarse si la vigilancia regular no es posible o si el niño tiene riesgo de secuelas en el desarrollo, por presentar otras morbilidades.

5. Cuando el niño sea remitido a ORL, el PAP debe documentar, como hemos explicado, la lateralidad, la duración de la OMS y el motivo de derivación, aportando toda aquella información que pudiera ser de utilidad. Es fundamental la comunicación entre el PAP y el ORL. Los padres y cuidadores pueden sentir una gran frustración cuando una recomendación quirúrgica entra en conflicto con otras estrategias terapéuticas. Aunque no hay estudios definitivos sobre la efectividad, deben mejorar los mecanismos de intercambio de la información entre los PAP y los especialistas [16-18].

De todas formas, cuando un PAP envía a un niño a ORL, le puede decir a los padres que le remite para ser explorado y no para ser operado; pero que si se decide la cirugía, el ORL le explicará las opciones, los riesgos y los beneficios. Después de la evaluación, el ORL informará al PAP de su impresión diagnóstica, del plan de tratamiento y de las recomendaciones que considere.

En resumen, documentar en pediatría las características del paciente y los hallazgos clínicos de la otoscopia neumática y de la timpanometría, realizar un seguimiento periódico y vigilante de las posibles alteraciones que se puedan presentar, conocer y aplicar los motivos de derivación a atención especializada y mantener una buena comunicación entre PAP y ORL, son los elementos sobre los que se fundamenta la correcta intervención terapéutica de la OMS en la infancia.

CONCLUSIONES

Estamos convencidos de que la introducción en pediatría de medios diagnósticos apropiados (otoscopia neumática y timpanometría), con la formación suficiente, el establecimiento de una norma de actuación, la mejora de los canales de comunicación con el servicio de ORL correspondiente y la informatización de los datos, permitirían alcanzar una mayor calidad asistencial en los niños que padecen una OMS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wallace IF, Berkman ND, Lohr KN, Harrison MF, Kimple AJ, Steiner MJ. Surgical treatments for otitis media with effusion: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;133:296-311.
2. Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis. *Am J Otol*. 1984;5: 459-62.
3. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Kurs-Lasky M, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics*. 1997;99:318-33.
4. Williamson IG, Dunleavy J, Bain J, Robinson D. The natural history of otitis media with effusion—a three-year study of the incidence and prevalence of abnormal tympanograms in four South West Hampshire infant and first schools. *J Laryngol Otol*. 1994;108:930-4.
5. Williamson I. Otitis media with effusion in children. *BMJ Clin Evid*. 2011;2011. pii:0502.
6. Coyte PC, Croxford R, Asche CV, To T, Feldman W, Friedberg J. Physician and population determinants of rates of middle-ear surgery in Ontario. *JAMA*. 2001;286:2128-35.
7. Benito-Orejás JI, Garrido-Redondo M, Velasco-Vicente JV, Mata-Jorge M, Bachiller Luque R, Ramírez-Cano B. Extracción de cera de los oídos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e223-e231. Disponible en: <http://www.pap.es>.
8. Benito-Orejás JI, Velasco-Vicente JV, Mata-Jorge M, Bachiller-Luque R, Garrido-Redondo M, Ramírez-Cano B. Otoscopia neumática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e279-e288. Disponible en: <http://www.pap.es>.
9. Benito-Orejás JI, Bachiller-Luque R, Garrido-Redondo M, Velasco-Vicente JV, Mata-Jorge M, Ramírez-Cano B. Uso de la timpanometría en atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:e37-e46. Disponible en: <http://www.pap.es>.
10. Hoffman HJ, Daly KA, Bainbridge KE, Casselbrant ML, Homøe P, Kvestad E, et al. Panel 1: Epidemiology, natural history, and risk factors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;148(4 Suppl):E1-E25.
11. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, et al. Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 May;130(5 Suppl):S95-118.
12. Marchant CD, Shurin PA, Turczyk VA, Wasikowski DE, Tutthasi MA, Kinney SE. Course and outcome of otitis media in early infancy: a prospective study. *J Pediatr*. 1984;104:826-31.
13. Rosenfeld RM, Goldsmith AJ, Tettus L, Balzano A. Quality of life for children with otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;123:1049-54.
14. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope*. 2003;113:1645-57.

15. MRC Multi-centre Otitis Media Study Group. Risk factors for persistence of bilateral otitis media with effusion. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2001;26:147-56.
16. Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Referrals to specialists. An exploratory investigation of referrals by 13 General Practitioners to medical and surgical departments. *Scand J Prim Health Care.* 1990;8:53-7.
17. Haldis TA, Blankenship JC. Telephone reporting in the consultant-generalist relationship. *J Eval Clin Pract.* 2002;8:31-5.
18. Reichman S. The generalist's patient and the subspecialist. *Am J Manag Care.* 2002;8:79-82.