



FIAPAS

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS

FOMENTANDO INCLUSIÓN. APOYANDO PERSONAS. AVANZANDO SOLIDARIAMENTE.



II Jornada Científica de Reflexión en torno a la situación del alumnado con sordera

 FIAPAS mejora su compromiso
con la excelencia europea

 Premios Dependencia y Sociedad de Fundación Caser:
Reconocimiento para "Que lo escuche todo el mundo"

SEPARATA

"Diagnóstico y tratamiento de la Otitis Media Secretora Infantil. Recomendaciones CODEPEH 2016"
Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil (CODEPEH)

KANSO™ oculo

Descubrir EL PLACER DE OÍR

Presentamos la nueva solución auditiva de Cochlear diseñada para ser discreta. Descubra el placer de oír.

Para averiguar más, visite www.cochlearkanso.com/es o acuda a su audiólogo.



GAES es un distribuidor autorizado de Cochlear.

Síguenos en:   

Cochlear, Hear now. And always, Kanso, and the elliptical logo are either trademarks or registered trademarks of Cochlear Limited.
© Cochlear Limited 2016. D964839 ISS1 JUL16 Spanish translation



KANSO™



Cochlear®

Hear now. And always

Mucho más que palabras

Comienza un nuevo año y con él los trabajos del grupo que ha de contribuir al desarrollo reglamentario de la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Queremos recordar de nuevo cómo se denomina la ley para que, por desconocimiento o por una inadecuada, en este caso, aplicación de *economía de lenguaje*, no se caiga en el error de citarla de forma incompleta y, con ello, invisibilizar a una gran mayoría de las personas sordas de nuestro país que se reconocen precisamente en esa otra parte de la denominación que habitualmente se omite: **los apoyos a la comunicación oral**. Es esta referencia en concreto la que constituye la garantía de su derecho a la comunicación oral y a los recursos de apoyo que permiten hacer efectivo dicho derecho, que quiere ejercer más del 95 % de las personas sordas en nuestro país.

FIAPAS, tal como estuvo también en el origen de esta ley, es una de las entidades que forma parte de este grupo de trabajo. Por lo tanto, esta Confederación participará de nuevo activa y proactivamente en el mismo.

La legislación española, en términos generales y, particularmente, en relación con las personas con discapacidad, es prolija en materia de derechos. Por tanto, para las personas sordas queremos ese mismo marco jurídico, el mismo que para cualquier otro ciudadano, y donde no llegue esa legislación, tendrá que llegar el desarrollo de la Ley 27/2007. Pero siempre de manera transversal, sin generar sistemas diferentes o especiales para las personas sordas.

Precisamente esta ley vino a rubricar, dentro del marco jurídico español existente, el reconocimiento de la **diversidad comunicativa** entre las personas con sordera y el **derecho de libre elección** -de los padres, si se trata de menores- sobre la lengua vehicular de comunicación y de enseñanza/aprendizaje, garantizando, en el caso de las personas con sordera que comunican en lengua oral y son usuarias de prótesis auditivas (audífonos e implantes), que puedan disponer de aquellos medios que hacen posible su vida autónoma, la inclusión y la participación en su entorno, contribuyendo a que tengan la posibilidad de acceder a la educación, al empleo, al ocio y a la cultura, a la comunicación audiovisual, a las nuevas tecnologías, a la participación política... como un ciudadano más.

Poner de relieve estos derechos y hacerlos plenamente efectivos es nuestro objetivo en este marco de colaboración abierto por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ha comenzado a andar firme y motivado.



La **MISIÓN** de FIAPAS es la representación y defensa de los derechos y los intereses globales de las personas con discapacidad auditiva y de sus familias, tanto a nivel nacional como internacional, ante la Sociedad, Administraciones y demás Instituciones, integrando e impulsando con este fin la acción de las Federaciones Autonómicas y de las Asociaciones de Padres y Madres de personas sordas.

ANDALUCÍA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

▲ **FAPAS (FEDERACIÓN ANDALUZA DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS)**
AVDA. DE HYTASA 12 EDIFICIO HYTASA 12
MÓDULO 305 - 41006 SEVILLA
TEL: 95 569 09 51 - FAX: 95 569 09 80

◆ **ASPASA-ALMERÍA**
CARRERA LIMONEROS, 15 - 04006 ALMERÍA
TEL-FAX: 950 24 47 90

◆ **ASPAS-CÓRDOBA**
PZA. DE LA MAGDALENA, 3 - 14002 CÓRDOBA
TEL: 957 76 48 68 - FAX: 957 43 73 82

◆ **ASPRODES-GRANADA**
ALCALÁ DE HENARES, 10 LOCAL BAJO
18008 GRANADA
TEL-FAX: 958 22 20 82

◆ **ASPRODESORDOS-HUELVA**
Pº DE LAS PALMERAS, 23
PORTAL A-B 1º A, IZDA. - 21002 HUELVA
TEL-FAX: 959 26 22 90

AFAIS-JAÉN
PINTOR ZABALETA, 7 SÓTANO IZDA. - 23008 JAÉN
TEL: 953 088 482

◆ **ASPANSOR-MÁLAGA**
ALTOZANO, 13, BAJO - 29013 MÁLAGA
TEL-FAX: 95 265 17 31

◆ **ASPAS-SEVILLA**
PEDRO PECADOR, BQ.142. ACC. A-B - 41006 SEVILLA
TEL-FAX: 95 493 28 24

ARAGÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **FAAPAS (FEDERACIÓN ARAGONESA DE ASOCIACIONES DE PADRES, AFECTADOS Y AMIGOS DE LOS SORDOS)**
RAMÓN J. SENDER, 9, POSTERIOR - 22005 HUESCA
TEL-FAX: 974 22 77 83

◆ **A. SAN FRANCISCO DE SALES DE HIPOACÚSICOS-HUESCA**
RAMÓN J. SENDER, 9, POSTERIOR - 22005 HUESCA
TEL-FAX: 974 22 77 83

◆ **ATPANSOR-TERUEL**
YAGÜE DE SALAS, 16, 3º PL. - 44001 TERUEL
TEL-FAX: 978 61 03 23

◆ **ASPANSOR-ZARAGOZA**
VASCONIA, 6, PPAL. IZDA.
50006 ZARAGOZA - TEL-FAX: 976 25 50 00

ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

◆ **APADA-ASTURIAS**
CENTRO SOCIAL DE OTERO PARQUE AVE
MARÍA, S/N - 33008 OVIEDO (ASTURIAS)
TEL-FAX: 98 522 88 61

BALEARES I. (COMUNIDAD AUTÓNOMA)

◆ **ASPAS-MALLORCA**
RAMÓN NADAL, 4, BAJOS
07010 PALMA DE MALLORCA (MALLORCA)
TEL: 971 45 81 50 - FAX: 971 28 07 86

CANARIAS (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **FUNCASOR-TENERIFE**
CTRA. GRAL. LA LAGUNA
PUNTA HIDALGO, KM. 8,1
38280 TEGUESTE (S/C TENERIFE)
TEL: 922 54 40 52 - FAX: 922 54 69 76

CASTILLA-LA MANCHA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

▲ **FASPAS (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE PADRES Y AMIGOS DE SORDOS DE CASTILLA-LA MANCHA)**
AVDA. GRAL. VILLALBA, S/N
PABELLÓN Nº 4 - 45003 TOLEDO
TEL: 925 713 356 - TEL: 691 401 243

◆ **ASPAS-ALBACETE**
DR. FLEMING, 12, 3ª PLANTA - 02004 ALBACETE
TEL: 967 55 89 12 - FAX: 967 55 89 23

◆ **ASPAS-CIUDAD REAL**
RESIDENCIAL RONDA, BLOQUE 6,
SEMI SÓTANO - 13004 CIUDAD REAL
TEL: 926 22 00 95 - TEL-FAX: 926 22 85 58

◆ **ASPAS-CUENCA**
CENTRO CELEO, PARQUE SAN JULIÁN, 10,
BAJO - 16001 CUENCA
TEL: 608 393 099

◆ **APANDAGU-GUADALAJARA**
CENTRO SAN JOSÉ. ATIENZA, 4
19003 GUADALAJARA
TEL: 949 221 449

◆ **APANDAPT-TOLEDO**
AVDA. GRAL. VILLALBA, S/N
PABELLÓN Nº 4 - 45003 TOLEDO
TEL: 925 22 46 93 - TEL-FAX: 925 22 62 40

CASTILLA Y LEÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **ARANS-BUR-BURGOS**
CENTRO Mª CRISTINA
FUENTE LUGAREJOS, 5
09001 BURGOS
TEL: 947 46 05 40 - FAX: 947 46 11 30

◆ **ASFAS-LEÓN**
EDIFICIO JUZGADOS, C/ LA SIERRA S/N
24193 VILLAQUILAMBRE (LEÓN)
TEL: 665 66 55 25

◆ **ASPAS-SALAMANCA**
BARCO, 20, BAJO (BARRIO DE LA VEGA)
37008 SALAMANCA
TEL-FAX: 923 21 55 09

◆ **ASPAS-VALLADOLID**
ECUADOR, 17, LOCAL
47014 VALLADOLID
TEL-FAX: 983 39 53 08

CATALUÑA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **FEDERACIÓN ACAPPS (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CATALANAS DE PADRES Y PERSONAS SORDAS)**
PROVIDENCIA, 42, 4º, 2ª
08024 BARCELONA
TEL-FAX: 93 210 55 30

◆ **ACAPPS-BARCELONA**
PROVIDENCIA, 42, 4º, 2ª
08024 BARCELONA
TEL-FAX: 93 210 55 30

ACAPPS-LLEIDA
AFORES-CAMÍ DE VILASANA, 10
25230 MOLLERUSSA (LÉIDA)
TEL-FAX: 973 71 17 37
TEL: 685 801 973

COMUNIDAD VALENCIANA

▲ **HELIX-C.V. (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES POR LA INTEGRACIÓN DEL SORDO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA)**
BARÓN DE CÁRCER, 48, 11º B - 46001 VALENCIA
TEL: 96 391 94 63

◆ **APANAH-ELDA**
AVDA. REINA VICTORIA, 5
03600 ELDA (ALICANTE)
TEL: 96 698 22 49 - FAX: 96 698 07 14

◆ **APANAS-ASPE**
AVDA. DE LA CONSTITUCIÓN, 42-44
03680 ASPE (ALICANTE)
TEL-FAX-DTS: 96 549 00 77

◆ **ASPAS-CASTELLÓN**
FIGUEROLES, 8, BAJO (ESQ. C/ LEPANTO)
12006 CASTELLÓN
TEL: 964 05 66 44
TEL-FAX: 964 05 66 45

◆ **ASPAS-VALENCIA**
PORTAL DE VALLDIGNA, 5, 2ª - 46003 VALENCIA
TEL: 96 392 59 48 - FAX: 96 392 31 26

◆ **BONAVENTURA-CV**
PORTAL DE VALLDIGNA, 5, 2ª - 46003 VALENCIA
TEL: 96 391 94 63

EXTREMADURA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **FEDAPAS (FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE DEFICIENTES AUDITIVOS, PADRES Y AMIGOS DEL SORDO)**
ANTONIO HERNÁNDEZ GIL, S/N
06800 MÉRIDA (BADAJOZ)
TEL: 924 30 14 30 - TEL-FAX: 924 31 50 63

◆ **ADABA-BADAJOZ**
AVDA. J. Mº ALCARAZ Y ALENDA, S/N,
PASAJE - 06011 BADAJOZ
TEL: 924 24 26 26 - TEL-FAX: 924 24 56 29

◆ **ASCAPAS-PLASENCIA**
AVDA. DOLORES IBÁRRURI, 51-53,
LOCAL - 10600 PLASENCIA (CÁCERES)
TEL-FAX: 927 41 35 04

GALICIA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **ACOPROS-LA CORUÑA**
PETUNIAS, 5, BAJO, COMERCIAL DCHA. - IZDA.
15008 LA CORUÑA
TEL: 881 91 40 78 - FAX: 981 29 51 04

MADRID (COMUNIDAD DE)

◆ **ASOCIACIÓN ENTENDER Y HABLAR**
PEZ AUSTRAL, 15, BAJO C - 28007 MADRID
TEL-FAX: 91 574 76 71

◆ **ASPAS-MADRID**
ELVIRA, 17-LOCAL, C/VI LEÓN BONANT - 28028 MADRID
TEL: 91 725 07 45 / 628 466 873 - FAX: 91 726 63 86

MURCIA (REGIÓN DE)

FASEN (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS DE LA REGIÓN DE MURCIA)
CENTRO PRÍNCIPE DE ASTURIAS
RONDA EL FERROL, 6 - 30203 CARTAGENA (MURCIA)
TEL: 968 52 37 52 - FAX: 968 12 37 10
Móvil: 669 43 30 07

◆ **ASPANPAL-MURCIA**
NAVEGANTE JUAN FERNÁNDEZ, 3 - 30007 MURCIA
TEL: 968 248 392 - FAX: 968 201 159

◆ **APANDA-CARTAGENA**
CENTRO PRÍNCIPE DE ASTURIAS
RONDA EL FERROL, 6 - 30203 CARTAGENA (MURCIA)
TEL: 968 52 37 52 - FAX: 968 12 37 10

NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

◆ **EUNATE-NAVARRA**
TRAV. MONASTERIO DE IRACHE 2, 1º B
31011 PAMPLONA (NAVARRA)
TEL-FAX: 948 26 18 77

PAÍS VASCO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL)

◆ **ASPASOR-ÁLAVA**
ARAGÓN, 11, BAJO - 01003 VITORIA-GASTEIZ (ÁLAVA)
TEL-FAX: 945 28 73 92

CEUTA (CIUDAD AUTÓNOMA DE)

◆ **ACEPAS-CEUTA**
MIRAMAR BAJO, 5, LOCAL 2 - 51002 CEUTA
TEL-FAX: 956 50 50 55

- Servicios de la Red de Atención y Apoyo a Familias – FIAPAS
- Servicios de la Red de Intervención Logopédica – FIAPAS
- ▲ Servicios de la Red de Inserción Laboral – FIAPAS
- ◆ Servicios de Videoteca Subtitulada – FIAPAS de la Red de Promoción de la Accesibilidad – FIAPAS
- Servicios de Apoyo a la Accesibilidad – FIAPAS de la Red de Promoción de la Accesibilidad – FIAPAS

El Centro de Recursos de Apoyo y Formación de FIAPAS, en Madrid (C/ Pantoja, 5, Local. - C.P. 28002 - Tel.: 91 576 51 49. Mail: fiapas@fiapas.es), dispone de Servicio de Información y Orientación, ◆ Servicio de Videoteca Subtitulada, ○ Servicio de Apoyo a la Accesibilidad, y ofrece la información, orientación y derivación que cada caso requiera, a través de los Servicios Centrales de ● la Red de Atención y Apoyo a Familias, ■ la Red de Intervención Logopédica y ▲ la Red de Inserción Laboral.

(El listado facilitado presenta los datos relativos a las Federaciones y Asociaciones confederadas en FIAPAS con fecha 31 de diciembre de 2016. Para acceder al listado de Federaciones y Asociaciones en su última actualización, así como a las direcciones de correo electrónico y webs, consultar www.fiapas.es)

EDITA

Confederación Española de Familias de Personas Sordas - FIAPAS
Depósito Legal: M - 26488 - 1988
ISSN: 1135 - 3511

CONSEJO EDITORIAL

Jose Luis Aedo Cuevas
Sonia Zamora Marquina
Luis Cobos Fernández
Carmen Jádenes Casaubón

REDACCIÓN

DIRECCIÓN
Carmen Jádenes

COORDINACIÓN
Patricia Rodríguez

COLABORA EQUIPO TÉCNICO FIAPAS
(N. Beraza, N. de la Fuente, P. Egea,
B. Gómez, I. González, G. Pérez)

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
SERVIMEDIA - www.servimedia.es

DOCUMENTACIÓN Y FOTOGRAFÍAS
Archivo FIAPAS y Archivo SERVIMEDIA

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN
PERFIL GRÁFICO - www.perfilgrafico.net

DATOS DE CONTACTO

FIAPAS: C/ Pantoja, 5 (local). 28002 Madrid
Tel.: 91 576 51 49. Fax: 91 576 57 46
Servicio Telesor - 91 577 12 30
E-mail: fiapas@fiapas.es - www.fiapas.es
Síguenos: 
Suscripción anual: 4 números
España y Portugal: 15 €. Extranjero: 30 €
E-mail: admoneconomica@fiapas.es

Esta revista no se hace responsable de las opiniones expresadas en las colaboraciones y se exime de toda responsabilidad en el contenido de los anuncios y publireportajes que se difundan en sus páginas.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación sin autorización expresa de FIAPAS.

6) REPORTAJE

II Jornada Científica de Reflexión-FIAPAS:
Debatiendo en torno al alumnado con sordera

10) REDES DE TRABAJO DE FIAPAS

Red de Desarrollo Institucional
Red de Formación Especializada
Red de Atención y Apoyo a Familias
Red de Promoción de la Accesibilidad
Red de Intervención Logopédica
Red de Inserción Laboral

14) OPINIÓN DEL EXPERTO

El Modelo EFQM: la excelencia como hábito
Por Jesús Martín,
director de Calidad y Consultoría de Intress

16) INSTITUCIÓN

Sello Bequal: reconociendo la inclusión
Por José A. Martín,
director gerente de Fundación Bequal

19 **Así Pasa**

30 **En Primer Plano**

26 **Movimiento Asociativo**

32 **Legislación**

29 **Libros**

33 **Agenda**

SEPARATA

"Diagnóstico y tratamiento de la Otitis Media Secretora Infantil. Recomendaciones CODEPEH 2016"

Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil (CODEPEH)



La ENCUESTA DE SATISFACCIÓN con la Revista FIAPAS está disponible en www.fiapas.es

Nos interesa mucho su opinión, responder sólo le llevará un par de minutos. Gracias.

RECONOCIMIENTOS PÚBLICOS A FIAPAS

- Cruz de Oro de la Orden Civil de la Solidaridad Social (2007)
- Premio INSERSO 1992, primer premio especialidad Investigación y Ayudas Técnicas
- Reconocimiento del CEAPAT por la trayectoria en accesibilidad universal y productos de apoyo (2014)
- Premio Cruz Roja Española de Buenas Prácticas en la Inclusión Social (2011)
- Premio Andaluz a las Buenas Prácticas 2011 en la Atención a las Personas con Discapacidad
- Premio Fundación Randstad 2012
- Accésit en la categoría de Comunicación de los Premios Dependencia y Sociedad de Fundación Caser (2016).
- Premio AEEPP 2011. Accésit Editor de Publicaciones Profesionales
- Premio AEEPP 2014. Editor del Año por su trayectoria profesional



FIAPAS es miembro de la AEEPP (Asociación Española de Editoriales de Publicaciones Periódicas)

ESTA PUBLICACIÓN CUENTA CON LA FINANCIACIÓN DE:



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD





Debatando en torno al alumnado con sordera

FIAPAS celebró los pasados días 25 y 26 de noviembre la II Jornada Científica de Reflexión: “Estudios sobre la situación del alumnado con sordera en España”. Durante día y medio, un panel de expertos multidisciplinar se encargó de presentar varios estudios e investigaciones realizadas en España en materia de educación, así como recursos, metodologías y avances científicos y tecnológicos vinculados con las personas sordas.



Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS; Marcial Marín, secretario de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades; Jose Luis Blanco, director general de Evaluación y Cooperación Territorial y Alberto Durán, vicepresidente ejecutivo de Fundación ONCE, inauguraron la Jornada.

Un total de 25 especialistas en diversos ámbitos, implicados en la educación de las personas sordas, procedentes de toda España, expusieron sus últimas investigaciones dentro de la II Jornada Científica de Reflexión: “Estudios sobre la situación del alumnado con sordera en España”, que FIAPAS celebró los días 25 y 26 de noviembre en el Salón de Actos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

TRES PANELES TEMÁTICOS

La Jornada, que también pudo seguirse por streaming a través de la web de FIAPAS (www.fiapas.es), reunió en la sede del Ministerio de Educación a cerca de 150 personas que participaron activamente del debate que se generó en torno a los tres paneles desarrollados: “Variables influyentes en la adquisición y desarrollo del lenguaje”, “Escuela y aprendizaje” y “Formación y empleo”.

El auditorio participó de la información más actualizada sobre las investigaciones de grupos españoles

La importancia de la adaptación protésica temprana, la implicación familiar en el proceso de intervención y escolarización, la disposición de los recursos metodológicos y de apoyo que permitan una auténtica educación inclusiva, el conocimiento y la incorporación del diseño para todos en los entornos escolares y académicos, la formación especializada del profesorado, la coordinación multidisciplinar de los equipos de intervención, la creación de centros universitarios con estructuras de gestión en materia de empleo y prácticas laborales para los estudiantes con discapacidad y, por último, los datos de acceso, promoción y titulación de las personas con discapacidad auditiva en las universidades fueron los temas que más se destacaron.

De la mano de grandes expertos, el auditorio participó de la información más actualizada en relación con los hallazgos que los estudios e investigaciones de grupos españoles han puesto de relieve. Próximamente, FIAPAS recogerá en una publicación todas las conclusiones que ha arrojado este encuentro. Asimismo, todas las ponencias se podrán consultar desde la Biblioteca Virtual de FIAPAS (<http://bibliotecafiapas.es>).

CON EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

La Jornada fue inaugurada por el secretario de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, Marcial Marín, en un acto en el que estuvo acompañado por José Luis Blanco, director general de Evaluación y Cooperación Territorial; Alberto Durán, vicepresidente ejecutivo de Fundación ONCE; Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS y al que acudió también Violeta Miguel, directora del Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIIE) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Niños y jóvenes con discapacidad auditiva del Movimiento Asociativo de Familias FIAPAS fueron los encargados de conducir el acto, en el que contaron sus experiencias educativas.

El evento se celebró en el marco del convenio de colaboración entre el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y FIAPAS y contó con la cofinanciación de Fundación ONCE. El Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado – INTEF certificó la asistencia a los profesionales docentes.

Tras agradecer a FIAPAS su compromiso para que las personas sordas pudieran seguir avanzando, Marín, quien destacó la colaboración que el Ministerio de Educación lleva a cabo con FIAPAS, aseguró que tomaría nota de los temas planteados para, “hacer una hoja de ruta en la que debemos participar desde este Ministerio para mantener una educación inclusiva y de calidad”.

El vicepresidente ejecutivo de Fundación ONCE, Alberto Durán, subrayó que es fundamental que cualquier niño, con o sin discapaci-



Una de las niñas del Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS entregó un recuerdo al secretario de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades.

dad, pueda acceder a la educación para evitar el riesgo de la pobreza, mejorar las opciones de encontrar un empleo y sentirse persona.

LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL MODELO EDUCATIVO

El presidente de FIAPAS, por su parte, recordó en su intervención que, a pesar de los avances en los ámbitos sanitarios, tecnológicos y metodológicos, “son necesarias mejoras en la práctica educativa dirigida al alumnado con sordera”. Entre esas mejoras, y trasladando la preocupación de los padres y las madres, como últimos responsables de la educación de los hijos, Aedo destacó la formación especializada del profesorado y logopedas, la detección temprana de las necesidades educativas o la dotación de apoyos precisos y su continuidad a lo largo de todas las etapas educativas.

La prestación de ayudas y becas sin condicionamientos ligados al grado de discapacidad fue otra de las reivindicaciones que apuntó el presidente de FIAPAS, quien recordó que las familias del alumnado con sordera “queremos poder elegir el modelo de educación que deseamos para nuestros hijos, sin que éste sea determinado por su sordera y sin ser dirigidos a un modelo o modalidades comunicativas que no hayamos elegido”. Por último, deseó que las conclusiones de la Jornada tuvieran “su reflejo en el diseño de las políticas educativas en nuestro país”. 

*Responsables del
Ministerio de Educación
durante las jornadas.*



*Algunos de los niños
y jóvenes presentadores
del acto contaron su
experiencia a los medios
de comunicación.*

***“Queremos poder elegir el modelo de educación que
deseamos para nuestros hijos sin que éste sea determinado
por su sordera y sin ser dirigidos a un modelo o
modalidades comunicativas que no hayamos elegido”***

Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS

*Eulalia Juan,
del HSLI Dpto.
ORL de Palma de
Mallorca, expone
su trabajo en el
desarrollo del
segundo panel.*





*De izquierda a derecha en el primer panel:
Ramón López-Higes, Carmen Jáudenes, Ignacio
Moreno-Torres, Brendan Costello, Ana Belén
Domínguez y Manuel Manrique.*

PRIMER PANEL

*Ma Jesús Soriano,
Mercè Batllé, Gemma Bayés,
Ana Hurtado, Antonio Villalba,
Mercè Calafi, Mar Pastor y
Nuria Silvestre, participaron en
el segundo panel.*

SEGUNDO PANEL



*El tercer panel estuvo
compuesto por
Alejandra Huertas,
Marc Monfort,
Celeste Asensi,
Mariona Dalmau,
Ingrid Sala, Ferran
Velasco, Franz Zenker,
Diego Carrero, Carmen
Miguel Vicente, Ignacio
Rodríguez de Rivera
y Natividad de Juan.*

TERCER PANEL

Más información en la sección de Red de Formación Especializada de la web de FIAPAS (www.fiapas.es)

RED DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Premios Dependencia y Sociedad de la Fundación Caser

Reconocimiento para “Que lo escuche todo el mundo” 2014



Juan Sitges, director de la Fundación Caser, entrega el accésit a Jose Luis Aedo.

Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS, recogió de manos de Juan Sitges, director de la Fundación Caser, el accésit en la categoría de Comunicación de los Premios Dependencia y Sociedad de Fundación Caser, durante el acto de entrega celebrado en el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid. Premios a los que concurrieron 196 candidaturas, con un total de 367 proyectos.

FIAPAS recibió este reconocimiento por la iniciativa “Que lo escuche todo el mundo”, realizada en 2014, en colaboración con la Plataforma Comprometidos. Se trata de una acción de comunicación con un plan específico de social media marketing para su difusión y promoción en las redes sociales, nutriéndose de distintas

piezas audiovisuales y materiales gráficos que se podían encontrar en una web específica.

Coprotegonizada por un grupo de jóvenes con sordera del Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS y por numerosos rostros conocidos del mundo del cine, la televisión o el teatro, su objetivo fue, por un lado, mostrar una imagen de superación y progreso de los jóvenes con sordera y, por otro, visibilizar las barreras que se encuentran, provocando que la ciudadanía se comprometa de forma activa con su inclusión en la sociedad.

La Fundación Caser puso en marcha estos premios en 2010. Tienen carácter anual y están divididos en tres categorías: Excelencia, I+D+i y Comunicación.

Más de 400.000 personas vieron que “la primera impresión no es la que cuenta”

La tercera edición de la campaña “Que lo escuche todo el mundo” promovida por FIAPAS, en colaboración con la Plataforma Comprometidos, con motivo del Día Internacional de las Personas Sordas, se ha cerrado con excelentes cifras.

Posible gracias a la colaboración de Fundación ONCE, Gaes Junior, OTICON y ReSound (Grupo GN), tuvo como lema: “La primera impresión no es la que cuenta” con el objetivo de llamar la atención sobre la importancia del momento del diagnóstico de la sordera de un hijo o hija. Las redes sociales fueron

su canal de difusión, así como la web www.queloescuchetodoelmundo.com, y los perfiles sociales de FIAPAS.

Desde su inicio hasta el cierre de esta edición, estos son sus principales datos:

- Más de **400.000** reproducciones del spot en Facebook.
- Más de **9.000** reproducciones del spot en Youtube.
- Más de **6.000** visitas a la web específica de la campaña.
- Más de **130** apariciones en medios de comunicación de diversa índole.





FIAPAS renueva su certificación EFQM +300

Situándose, en esta ocasión, en el tramo entre 350 y 400 puntos

Recientemente FIAPAS ha renovado su certificación EFQM. Se trata de un reconocimiento externo y público que se otorga a aquellas organizaciones que han alcanzado un nivel mínimo de madurez en su gestión.

De esta forma, se reconoce el compromiso de FIAPAS por la mejora continua y representa un avance sustancial respecto al sello obtenido en 2011, fruto de la solidez del trabajo desarrollado orientado al conocimiento de las

necesidades y a la satisfacción de nuestro Movimiento Asociativo, permitiendo una mejor respuesta adaptada a los constantes cambios del entorno.

Este año FIAPAS ha renovado su certificación, dejando en evidencia, una vez más, el compromiso que la Organización tiene en mejorar su quehacer cotidiano y alcanzar sus objetivos teniendo resultados positivos y siendo, cada vez más, un referente en el sector.



FIAPAS fue la protagonista del cupón de la ONCE del pasado 12 de noviembre. Con esta iniciativa, se quiso reconocer los más de 38 años de la Confederación "apostando por el futuro de las personas sordas y apoyando a sus familias", como indicaba el texto que aparecía en el cupón.

El cupón fue presentado en un acto celebrado en Murcia en la Asociación de Padres de Niños con Problemas de Audición y Lenguaje

(ASPANPAL), entidad confederada en FIAPAS, por Juan Carlos Morejón de Girón, delegado territorial de la ONCE en la Región de Murcia, Ana Guijarro, directora General de Personas con Discapacidad del IMAS y Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS, acompañados por Teresa Lajarán, presidenta del Consejo Territorial de la ONCE en Murcia y representantes del Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS en la Región.

RED DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Profesionales de toda España mejoraron su formación para atender al alumnado con sordera

Como parte del Convenio de Colaboración firmado con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y contando con la cofinanciación de Fundación ONCE, FIAPAS ha podido dar continuidad a la línea de actuación conjunta que mantiene desde 2005 con la Administración Educativa, con objeto de ofrecer una atención educativa de calidad al alumnado con sordera. Así diversos profesionales pudieron mejorar su formación gracias al curso "Bases metodológicas y estrategias para el uso de sistemas aumentativos de comunicación y ayudas técnicas para el alumnado con discapacidad auditiva", que finalizó en noviembre.

Esta acción ha estado reconocida y registrada como actividad de Formación del Profesorado por el Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF).

La ONCE dedicó un cupón a FIAPAS

Durante el acto, el presidente de FIAPAS, agradeció a la ONCE y a su Fundación su labor, "apostando por las personas con discapacidad, entendiendo el apoyo a sus familias como parte necesaria en el camino hacia su plena inclusión y contribuyendo, además, a fortalecer el movimiento asociativo en el que se integran en defensa de sus necesidades y demandas". Lo que es posible gracias a la venta del cupón de la ONCE.

RED DE ATENCIÓN Y APOYO A FAMILIAS

Concluye un proyecto sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis media secretora infantil

COLABORACIÓN ENTRE EL REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD Y FIAPAS

Mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la otitis media secretora infantil es el objetivo principal del trabajo que se ha llevado a cabo en el marco de un convenio de colaboración entre la Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS y el Real Patronato sobre Discapacidad y que ha contado con la intervención de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH).

A pesar de la incidencia y prevalencia de la otitis media secretora infantil, existen evidencias de que sólo una minoría de profesionales sigue las recomendaciones que recogen las guías de manejo clínico de esta entidad clínica, de ahí el interés de haber trabajado sobre unas recomendaciones acerca de una de las causas más frecuentes de sordera infantil.

Descarga aquí
el folleto:



RED DE PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD

Por primera vez, la sesión de apertura de la legislatura fue subtitulada

En el marco del acuerdo de colaboración entre el Congreso de los Diputados y la Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS), firmado en noviembre de 2013, con el objetivo de dar a conocer a las personas con discapacidad sensorial las actividades que la Cámara Baja lleva a cabo, FIAPAS ofreció el pasado mes de noviembre el subtitulado de los discursos

de la Sesión Solemne del acto de Apertura de la XII Legislatura.

De su desarrollo se encargó el Servicio de Apoyo a la Accesibilidad (SAC) de FIAPAS, gracias al programa financiado a través de la subvención concedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con cargo a la asignación tributaria del IRPF y con la cofinanciación de Fundación ONCE.



Bucles individuales para visitar el Congreso

Dentro del Convenio de Colaboración anteriormente mencionado, un año más, FIAPAS puso a disposición del Congreso de los Diputados bucles magnéticos individuales para facilitar a las personas sordas, usuarias de prótesis auditivas, las explicaciones de los guías en la XX Jornada de Puertas Abiertas, los pasados días 2 y 3 de diciembre.

De esta forma las personas sordas pueden conocer no sólo las actividades que se realizan en la Cámara Baja, sino también acceder a la documentación de interés general que produce en Congreso.

RED DE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

Talleres de Lectura para la inclusión de las personas sordas

Gracias a la colaboración de FIAPAS y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, a través de la Secretaría de Estado de Cultura, contando además con la cofinanciación de Fundación ONCE, se ha desarrollado nuestro Programa de Lectura para promover y fomentar el hábito lector entre los niños, niñas y jóvenes con sordera.

Este año, en su sexta edición, han participado asociaciones confederadas en FIAPAS, que han llevado a cabo actividades como Talleres de Lectura Inclusivos y Escuelas de Mediadores de Lectura.

Como broche, de esta actividad, que forma parte del Proyecto para el

Fomento de la Lectura en niños, niñas y adolescentes con sordera de FIAPAS, se ha celebrado el concurso: “El Libro Viajero”, en el que pequeños y mayores han dado su peculiar visión sobre un clásico de la literatura española.

PLATERO Y SAMANIEGO

En este caso, los libros ganadores han sido: “Platero y la patrulla canina”, del grupo de pequeños de ASPRODESORDOS-Huelva.

El grupo de mayores, entre 11 y 17 años, de ASPASOR-Alava, ha versionado a Félix Samaniego con la obra “Samaniego y las fábulas

adaptadas”. Ambos se podrán consultar desde la Biblioteca Virtual www.bibliotecafiapas.es de FIAPAS y sus autores recibirán un premio.



RED DE INSERCIÓN LABORAL

Intercambio de experiencias entre los profesionales de FIAPAS



Profesionales de los servicios de Empleo del Movimiento Asociativo de FIAPAS se dieron cita, el pasado 14 de diciembre, en el Centro de Recursos de Apoyo y Formación de FIAPAS, en Madrid, dentro de la XIII Jornada de Formación e Intercambio: Empleo y Discapacidad. Durante un día los participantes, de la mano de expertos en Sociología y Psicología, profundizaron en diferentes temas en materia de inserción laboral.

Esta Jornada se enmarca dentro del Programa de la Red de Inserción Laboral 2016 de FIAPAS. Se trata de una formación dirigida a los profesionales de la Red que quieran actualizar sus conocimientos.

El Modelo EFQM: la excelencia como hábito

El buen hacer de FIAPAS le ha valido la renovación de su certificado EFQM, uno de los sellos más valorados por lo que significa para una organización.



Jesús Martín,
director de Calidad y
Consultoría de Intress

Es una muestra de que las cosas se están haciendo bien y ofrece una garantía de que la organización apuesta por mejorar continuamente y que está comprometida con superarse a sí misma. Demostrar ante terceros que la organización es transparente y tiene un buen hacer, es necesario para cualquier entidad pero, aún más si cabe, para las entidades sociales que gestionan fondos públicos, pues es imprescindible no sólo justificar el dinero recibido sino, además, demostrar que la Misión de la entidad se está cumpliendo y se están obteniendo resultados positivos con las actividades realizadas. Resultados tanto en las personas destinatarias hacia quien se realiza el servicio, como en las personas que trabajan o colaboran en la entidad, como en la sociedad y en el entorno que les rodea.

En esta época de recortes económicos y reducción de gastos por parte de las administraciones públicas, a la hora de financiar actividades sociales, los financiadores necesitan cada vez más asegurar que las entidades que reciben sus fondos son de confianza y, actualmente, es uno de los motivos por los

que se prioriza, de una u otra manera, a las entidades que cuentan con un reconocimiento o certificado de calidad.

El sistema de gestión de calidad basado en el modelo EFQM acerca a la organización a la excelencia, entendiendo como excelencia el no conformarse con cumplir con unos mínimos, sino en destacar, sobresalir del resto y hacerlo cada vez mejor, mejor en todos los ámbitos posibles, tanto internos como externos.

El sello EFQM es un signo distintivo de reputación y prestigio. Más de 500 organizaciones tienen el sello EFQM vigente en España, pues no es sólo para las grandes empresas. Casi el 75 % de las organizaciones con sello tienen al menos 250 trabajadores y más del 40 % de los sellos son ostentados por pymes de menos de 50 trabajadores.

Destaca como el Sistema de Gestión más utilizado entre los sectores de Educación, Sanidad y ONG, pues su lógica se adapta muy bien a las entidades del Tercer Sector: los líderes definen la Estrategia y la despliegan a través de sus actividades con ayuda de las personas y alianzas y, a partir de los Resultados Clave que obtiene la organización (resultados de la actividad, resultados en las personas, en los destinatarios y en la sociedad), establece mejoras.

A diferencia de otros sistemas de gestión, mide el avance y evolución en el camino hacia la excelencia, otorgando una puntuación que representa el nivel en el que se encuentra, permitiendo a la entidad marcar una hoja de ruta de cómo seguir mejorando y aumentar así su puntuación. Es un marco no

“Esta certificación destaca como el Sistema de Gestión más utilizado entre los sectores de Educación, Sanidad y ONG, pues su lógica se adapta muy bien a las entidades del Tercer Sector”

prescriptivo que facilita la comprensión de las relaciones entre lo que una organización hace y los resultados que es capaz de alcanzar. En este sentido, le aporta: un marco para analizar profundamente su gestión; un marco para la auto medición que facilita la mejora continua; una estructura de comparación para poder hacer “benchmarking” y una guía

para la definición y despliegue de la estrategia ayudando a identificar objetivos, capacidades y recursos para alcanzarlos.

Al no ser prescriptivo, la propia organización, en función de sus prioridades y posibilidades y teniendo el modelo EFQM como referencia, decide qué, cómo y dónde actuar para seguir avanzando. Su evaluación se realiza periódicamente,

cada dos años, a cargo de una certificadora externa, lo que permite a las entidades mantener de manera constante mediciones e identificar oportunidades de mejora.

Ya lo decía Aristóteles. “Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”.



FIAPAS UNA ORGANIZACIÓN COMPROMETIDA



FIAPAS ya comenzó con su primera evaluación en el año 2004 y, doce años después, se puede afirmar que la cultura de la mejora de la Calidad está integrada en el equipo directivo y en toda la plantilla.

Esto no significa que aún no queden cuestiones por mejorar y resolver. FIAPAS es consciente de éstas y de que el camino hacia la excelencia es largo y que, gracias a las evaluaciones oficiales que se realizan cada dos años, identifican tanto sus puntos fuertes como las áreas de mejora.

Aplicar un Sistema de Gestión basado en el modelo de Excelencia en EFQM ha sido una de las palancas de cambio que ha ayudado a FIAPAS a tener una serie de fortalezas y puntos que, después de 38 años, con una representación en el 85 % del estado español y más de doce años inmersos en procesos de mejora continua, permite afirmar que efectivamente cumple con creces su Misión: “Representar y defender a las personas con deficiencias auditivas e impulsar y fortalecer las acciones de sus entidades Federadas” y que está consiguiendo su Visión: “Ser reconocida como entidad de referencia en la representación y atención a las personas sordas y sus familias..., apoyados en una organización profesionalizada, innovadora y orientada a la excelencia a través de la mejora continua”.

Algunos de estos puntos fuertes y fortalezas destacables y diferenciadores del sector son:

- Disponer de planes operativos anuales alineados con la estrategia de trabajo que se revisan y actualizan mensualmente.
- Cultura rigurosa de medición, revisión y mejora de sus actividades: todos los procesos están documentados, con indicadores que se evalúan, revisan y mejoran, así como la realización periódica de una auditoría interna de sus actividades y procesos.
- Incidencia y presencia política y social real, con presencia y aportaciones ante la administración, en foros y plataformas, defendiendo los intereses de sus asociados y consiguiendo avances legislativos y sociales.
- Eficiente gestión económica y relación con financiadores, que ha permitido mantener resultados económicos positivos todos los años, mantener las solvencia y la liquidez necesaria para hacer frente a sus pagos sin retrasos y en un entorno de crisis e incrementar anualmente la financiación que destina anualmente a sus entidades asociadas.
- Crecimiento continuado de beneficiarios y servicios que se prestan a sus destinatarios.

Bequal: reconociendo la inclusión

A mediados de 2011 el movimiento asociativo de las personas con discapacidad inició un proyecto innovador para poner en marcha un mecanismo de reconocimiento que pusiera en valor el esfuerzo de las empresas que hubieran integrado políticas inclusivas con las personas con discapacidad, más allá de lo que marca la legislación vigente. Eran los comienzos del Sello Bequal.



Por José A. Martín,
director gerente de Fundación Bequal



José A. Martín, director gerente de Fundación Bequal.

Esta idea surge a petición de un buen número de empresas que entendían que eran diferentes en cuanto a su inclusión transversal de la discapacidad, y que pretendían ser reconocidas como socialmente responsables con las personas con discapacidad.

Era un momento propicio por dos motivos. En primer lugar, la publicación de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible que, en su artículo 39 con el título "Promoción de la responsabilidad social de las empresas", fija el objetivo de incentivar a las empresas a desarrollar políticas de Responsabilidad Social y encargaba a las administraciones públicas mantener una política de promoción de las mismas, difundiendo su conocimiento y buenas prácticas. El Gobierno quedaba mandatado para poner a disposición de las empresas un conjunto de indicadores y modelos de referencia que fomentaran el buen gobierno, la conservación y el respeto por el medio ambiente y, entre otros aspectos sociales, la igualdad de oportunidades y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Por otra parte, surgieron iniciativas, al margen del sector de la discapacidad, que tenían por objetivo certificar el cumplimiento de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) en materia de empleo o promover políticas inclusivas con las personas con discapacidad en las empresas.

RECONOCIENDO LAS DEMANDAS DE LA DISCAPACIDAD

Es por ello que el CERMI, junto con la Fundación ONCE y la Federación Empresarial de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo (FEACEM) inician este proyecto. Primero, con la certeza de comprobar la virtualidad y relevancia de los "sellos" existentes. Después, para conformar un sello que verdaderamente representara los intereses y demandas de las personas con discapacidad.

Así, de entre los sellos que existían en el mercado, se firmó un convenio con la Fundación Seeliger y Conde, que disponía del Sello EDC (Sello de Excelencia en la Discapacidad), que

reunía las características que el sector demandaba para implantar un certificado riguroso y representativo del mismo.

El Sello certifica la responsabilidad social de las empresas en relación con las personas con discapacidad

De este trabajo se conformó un modelo de indicadores dividido en siete bloques, con 69 fuentes de verificación, que abarca todas las áreas de la empresa, destacando el bloque de Gestión de Recursos Humanos, el de Accesibilidad y el de Estrategia y Liderazgo¹.

LA FUNDACIÓN BEQUAL

Para gestionar este modelo se creó la Fundación Bequal. Ésta se encuentra gobernada por un Patronato amplio en el que se dan cabida desde representantes del CERMI, de la Fundación ONCE, de FEACEM o de la Fundación Seeliger y Conde, como entidades fundadoras, hasta representantes de la Administración Pública, las organizaciones de referencia en la RSC en nuestro país, las escuelas de negocio más importantes y miembros del Congreso de los Diputados. Luis Cayo Pérez Bueno, presidente del CERMI, es actualmente también el presidente de esta Fundación.

De su gestión se encarga un equipo de tres personas. La dimensión del mismo está condicionada por la propuesta del Plan de Negocio, que propugna la autonomía financiera de la entidad, y que debe ajustarse a la demanda del Sello. En ese Plan de Negocio se contaba con la participación y capilaridad, a lo largo de todo el territorio, de las asociaciones integradas² en el CERMI como transmisoras del proyecto.

Las actividades fundamentales de la Fundación Bequal son:

- Normalizar y mantener los estándares de los modelos certificables³.
- La concesión y renovación del sello.
- Promocionar y difundir, tanto el Sello como las empresas que lo poseen.
- Formar y homologar a los auditores que verifican el cumplimiento de los indicadores del modelo⁴.

UN SELLO PARA GANAR TODOS

El Sello se concibe con tres niveles de valoración promoviendo la mejora continua. Es concedido por tres años, revisable anualmente en lo que se refiere al cumplimiento de la cuota de reserva para personas con discapacidad, y certifica la responsabilidad social de las empresas en relación con las personas con discapacidad, por encima del cumplimiento legal.

Su objetivo es mejorar e incrementar los niveles de empleo y la calidad del mismo entre las personas con disca-

pacidad y, por añadidura, conseguir mejorar la oferta de productos y servicios pensados para todos.

Las 69 fuentes de verificación suponen una hoja de ruta, que ayuda a las empresas a cumplir con la legalidad y también a integrar la diversidad que supone la discapacidad y no sólo desde el punto de vista de los empleados, también como proveedores, clientes, etc.

Con este reconocimiento las empresas, y las organizaciones en general, demuestran su responsabilidad, favorecen y mejoran tanto su reputación como el rendimiento de la organización. No sólo les evita riesgos, sino que ofrece oportunidades, desde ventajas para la contratación pública, o les ayuda a cumplir, cada vez en más ocasiones, con los requerimientos de homologación de proveedores de grandes empresas.

Su objetivo es mejorar la empleabilidad de las personas con discapacidad

Es un claro ejemplo de éxito y modelo de "gano/ganas", que acaba de iniciar su andadura, pero que estamos seguros conformará un potente motor de cambio social que va a mejorar, sin duda alguna, la actividad y el empleo directo de las personas con discapacidad. 

¹ Los seis bloques de indicadores son: Estrategia y Liderazgo, Gestión de Recursos Humanos, Accesibilidad, Compra Responsable, Acción Social y Comunicación.

² Es el sello de la discapacidad, es el sello de las asociaciones integradas en el CERMI.

³ Además del primer modelo concebido para las empresas, de todo tamaño y condición, se han normalizados dos modelos más, uno para las administraciones públicas y universidades y un segundo para los Centros Especiales de Empleo.

⁴ Es un modelo que requiere la verificación por un tercero: auditores formados y homologados por Bequal.

¿Por qué Tim
está tan feliz?

Sus padres eligieron SYNCHRONY[®] — RMN sin cirugía

Cuando Tim perdió su audición, sus padres eligieron el implante coclear SYNCHRONY para él. Así que cuando necesitó realizarse una resonancia magnética (RMN) de alta resolución a 3,0 T tras sufrir un accidente en el patio, pudo realizarla inmediatamente. Con cualquier otro implante coclear, habría necesitado cirugía para retirar primero el imán del implante.*

Las RMN son un procedimiento común, por lo que si usted está considerando un implante coclear para su hijo, asegúrese de elegir un implante coclear que sea compatible con las RMN.

hearLIFE

* Solo el implante coclear SYNCHRONY de MED-EL tiene marcado CE y está aprobado por la FDA para la realización de RMN a 3,0 T sin necesidad de retirar el imán si se siguen las condiciones en las instrucciones de uso.

medel.com



Diagnóstico y tratamiento de la otitis media secretora infantil: recomendaciones CODEPEH 2016

Diagnosis and Treatment of Otitis Media with Effusion: 2016 CODEPEH Recommendations

Autor: CODEPEH

(Faustino Núñez, Carmen Jáudenes, José Miguel Sequí, Ana Vivanco, José Zubicaray)

RESUMEN

La incidencia y prevalencia de la otitis media secretora infantil (OMS) son elevadas, sin embargo, existen evidencias de que sólo una minoría de profesionales sigue las recomendaciones de las guías para su manejo clínico. Con objeto de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la OMS, para prevenir y/o reducir sus consecuencias sobre el desarrollo del niño, la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH) ha realizado una amplia revisión de la literatura científica sobre la materia y ha elaborado un documento de recomendaciones para una correcta actitud clínica ante la OMS, abordando métodos diagnósticos y tratamiento médico y quirúrgico. Se aconseja no usar ninguna medicación, especialmente corticoides y antibióticos, siendo la espera vigilada la primera medida a tomar durante tres meses. Si persiste la OMS, el otorrinolaringólogo valorará el tratamiento quirúrgico. En niños que presentan comorbilidades de diversa entidad, el impacto de la OMS es superior por lo que hay que actuar de forma inmediata, sin espera vigilada.

PALABRAS CLAVE

Otitis media secretora, Tubos de drenaje, Adenoidectomía, Guía de práctica clínica.

ABSTRACT

The incidence and the prevalence rates of Otitis Media with Effusion (OME) are high. However, there are evidences that only a minority of professionals follow the recommendations provided in clinical practice guidelines. With the purpose of improving diagnosis and treatment of OME in children in order to prevent and/or reduce its impact in children development, the Commission for the Early Detection of Deafness (CODEPEH) has deeply reviewed scientific literature on this field and has drafted a document of recommendations for a correct clinical reaction in case of OME, including diagnosis, medical and surgical treatment. Among others, medication, in particular antibiotics and corticoids, should not be prescribed and 3 months of watchful waiting should be the first adopted measure. If OME persists, ENT doctor should assess the possibility of surgical treatment. Impact of OME in cases of children with comorbidity is higher, so it requests an immediate reaction, without watchful waiting.

KEY WORDS

Otitis media with effusion, Tympanostomy tubes, Adenoidectomy, Clinical practice guideline.

CODEPEH (Núñez et al.) (2016): "Diagnóstico y tratamiento de la otitis media secretora infantil: recomendaciones CODEPEH 2016".
Revista FIAPAS, octubre-diciembre 2016, n° 159, Separata

El presente Documento de Recomendaciones CODEPEH 2016 ha sido elaborado en el marco del proyecto sobre el **Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Infantil para la prevención de alteraciones y retrasos en el desarrollo cognitivo, lingüístico y psicosocial del niño**, que ha sido desarrollado por la Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS, en colaboración con la Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil-CODEPEH, con la coparticipación del Real Patronato sobre Discapacidad.

Son miembros de la CODEPEH:

Dr. Faustino Núñez Batalla, presidente
Servicio ORL, Hospital Universitario Central de Asturias-Oviedo
En representación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología

Dña. Carmen Jáudenes Casaubón, vocal
Directora de FIAPAS
En representación de la Confederación Española de Familias de Personas Sordas

Dr. José Miguel Sequí Canet, vocal
Jefe de Servicio de Pediatría, Hospital de Gandía-Valencia
En representación de la Asociación Española de Pediatría

Dra. Ana Vivanco Allende, vocal
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias-Oviedo
En representación de la Asociación Española de Pediatría

Dr. José Zubicaray Ugarteche, vocal
Servicio ORL Infantil, Complejo Hospitalario de Navarra-Pamplona
En representación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología

Contacto: codepeh@gmail.com



ÍNDICE

- | | |
|--|---|
| 1. INTRODUCCIÓN | 6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OTITIS MEDIA SECRETORA INFANTIL |
| 2. ACTITUD ANTE UNA OTITIS MEDIA SECRETORA INFANTIL | 7. INFORMACIÓN Y ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA |
| 3. REPERCUSIONES DE LA OTITIS MEDIA SECRETORA SOBRE LA CONDUCTA Y EL DESARROLLO DEL NIÑO | 8. RECOMENDACIONES CODEPEH 2016 |
| 4. MÉTODOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA OTITIS MEDIA SECRETORA INFANTIL | 9. TABLAS Y FIGURAS |
| 5. TRATAMIENTO MÉDICO DE LA OTITIS MEDIA SECRETORA INFANTIL | 10. BIBLIOGRAFÍA |

1. INTRODUCCIÓN

La otitis media secretora (OMS) se define por la presencia de un fluido en el oído medio, sin acompañarse de síntomas o signos de infección aguda (Stool et ál., 1994) (Antolí-Candela et ál., 2013). Se pueden encontrar varios sinónimos en la literatura como “otitis media serosa” u “otitis media seromucosa”. Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, en el presente Documento se ha optado por el término “otitis media secretora”, dado que es la terminología más frecuente en relación con esta entidad clínica.

Este tipo de otitis es diferente de la otitis media aguda (OMA), cuyas manifestaciones se caracterizan por una historia de inicio agudo, acompañado habitualmente de dolor, fiebre y, en ocasiones, de supuración.

Existe una alta incidencia en la edad infantil. Hasta un 90 % de los niños desarrollan una OMS antes de la edad escolar y sufren cuatro episodios anuales por término medio (Mandel et ál., 2008: 491-9).

La OMS se presenta habitualmente en dos contextos: de forma espontánea por un funcionamiento anómalo de la trompa de Eustaquio, o bien, tras haber padecido una otitis media aguda, como una reacción inflamatoria, especialmente en edades comprendidas entre los 6 meses y los 4 años de edad (Paradise et ál., 1997: 318-33). Si se hacen reconocimientos escolares en busca de otitis media secretora, se encuentra fluido en el oído medio en uno de cada ocho niños de 5 a 6 años de edad. Sin embargo, la prevalencia de la otitis media secretora en niños con síndrome de Down o paladar hendido es mucho mayor, de un 60 % a un 85 % (Maris et ál., 2014: 1319-25). La mayoría de los episodios se resuelven espontáneamente a los tres meses, pero entre el 30 % y el 40 % de los niños tendrán episodios repetidos y, en el 5 %-10 % de los afectados, la OMS tendrá una duración mayor de un año (Williamson et ál., 1994: 930-4).

La OMS es la causa más frecuente de sordera infantil en los países desarrollados. La hipoacusia permanente relacionada con las secuelas postotíticas tiene una prevalencia de 2 a 35 por 10.000 (Qureishi et ál., 2014: 15-24).

La persistencia del fluido en la caja timpánica condiciona que disminuya la movilidad de la membrana, ofreciendo un obstáculo a la conducción sonora (Williamson, 2002: 469-76). Al menos la cuarta parte de los episodios de otitis secretora persisten más de tres meses y se pueden asociar con hipoacusia, problemas vestibulares (equilibrio), bajo rendimiento escolar, problemas de comportamiento, otitis medias agudas de repetición y pérdida de calidad de vida. Menos frecuente es que se origine un daño estructural en la membrana timpánica o en los huesecillos del oído medio, que requiera una intervención quirúrgica en el futuro (Rosenfeld y Kay, 2003: 1645-57) (Rosenfeld et ál., 2013: S1-S35) (Jung et ál., 2013: E122-E143).

La incidencia de la OMA es cinco veces superior en los niños con otitis secretora en los que, además de los síntomas propios de la misma, se añaden otalgias con fiebre que provocan sufrimiento físico, estrés emocional y preocupación en los padres (Rosenfeld et ál., 2000: 585-92).

El impacto de la otitis media secretora es superior en niños que presentan comorbilidades de diversa entidad. También existe una mayor tendencia a presentar retrasos en el desarrollo cuando la otitis secretora se asocia a una serie de trastornos, como factores sensoriales, cognitivos o de comportamiento, que provocan un mayor riesgo de retrasos o alteraciones en los niños que los presentan (*Tabla 1*). Por lo que es de gran importancia identificar estos casos y actuar terapéuticamente de forma más precoz.

A pesar de la alta incidencia y prevalencia de la OMS, existen evidencias de que sólo una minoría de los profesionales sigue las recomendaciones que recogen las guías de manejo clínico de la enfermedad. El escaso uso de la otoscopia neumática en el diagnóstico, la falta de exploraciones audiométricas de los niños que presentan una otitis secretora crónica o el uso inapropiado de antibióticos para tratarla, son los problemas más frecuentes (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41).

La CODEPEH considera necesario revisar el manejo de la OMS infantil, establecer una serie de recomendaciones para tratar de contrarrestar la variabilidad clínica constatada en la actitud ante ésta y llamar la atención acerca de la existencia de una población de niños que presentan patologías previas con especial susceptibilidad de sufrir o agravar un retraso en el desarrollo como consecuencia de una OMS. Esta revisión es aplicable para los niños con OMS entre los 2 meses y los 12 años de edad, con o sin trastornos en su desarrollo o comorbilidades que predispongan a padecerla (Rosenfeld et ál., 2004: S95-S118).

El propósito de este Documento es establecer unas recomendaciones dirigidas a todo profesional clínico que diagnostique y trate una otitis media secretora infantil en cualquier medio. Específicamente, las metas son la mejora de la exactitud diagnóstica, la identificación de los niños más susceptibles de sufrir secuelas en su desarrollo secundarias a la misma y orientar a los profesionales, con el fin de conseguir los mayores beneficios terapéuticos a partir de un correcto manejo de la OMS.

2. ACTITUD ANTE UNA OMS INFANTIL

2.1. ACTITUD ANTE UN NIÑO SIN RIESGO

La conducta a seguir ante un niño sin riesgo que presenta una otitis media secretora es establecer una pauta de espera de tres meses antes de tomar otras medidas como derivaciones al otorrinolaringólogo, evaluación audiológica y cirugía. El propósito de esta recomendación es evitar medidas innecesarias y se basa en el hecho de que la otitis secretora tiene una naturaleza autolimitada en la mayoría de los casos, sobre todo en aquellos en los que está precedida por factores desencadenantes comunes como el catarro de vías altas o la otitis media aguda (Bhutta, 2014: 210-23). Se sabe que del 75 % al 90 % de los casos de OMS tras una otitis media aguda estarán resueltos a los tres meses. Esta pauta de espera es inocua en los niños sin riesgo. Se debe informar a los padres

que el niño experimentará un periodo de peor audición, hasta que la OMS se resuelva, y han de ser instruidos en estrategias indicadas para optimizar la escucha (Roberts et ál., 2000: 725-35) (FIAPAS, 2007).

La recomendación del periodo de observación de tres meses se basa en la clara preponderancia del beneficio sobre el riesgo y es coherente con otras recomendaciones previas en este sentido, con el objetivo claro de evitar cirugías innecesarias (Stool et ál., 1994).

2.2. ACTITUD ANTE UN NIÑO EN SITUACIÓN DE RIESGO

Aunque no existen estudios definitivos, es evidente que una otitis media secretora puede afectar de forma más severa a aquellos niños que presentan una comorbilidad (*Tabla 1*) que los ponga en una situación de riesgo o con mayor susceptibilidad de sufrir retrasos en su desarrollo (Ruben, 2011: 707-12).

Los trastornos del desarrollo, de la conducta y los sensoriales no son infrecuentes, por lo que su asociación con las otitis medias secretoras es un problema clínico habitual. La pérdida de audición asociada a la OMS puede empeorar significativamente la evolución de estos niños, lo que hace de la detección y tratamiento de dicha otitis una importante meta. Si se presenta con frecuencia puede degradar la señal auditiva y causar dificultades en el reconocimiento del habla, en el procesamiento superior de las palabras, la comprensión en ambientes ruidosos y la localización espacial de los sonidos (Khavarghalani et ál., 2016: 456-9).

Ejemplos de lo afirmado son los casos que padecen una hipoacusia permanente preexistente, que verán incrementada la dificultad auditiva debido a las consecuencias de la OMS, con el consiguiente efecto negativo sobre el desarrollo del habla y del lenguaje. De forma similar, los niños con ceguera o alteraciones visuales no tratables dependen más de la audición, haciéndoles susceptibles de presentar desequilibrio, dificultades de localización del sonido y retraso en el habla y el lenguaje (Ruben, 2003: 505-14).

Los niños con síndrome de Down tienen otitis secretoras más frecuentes y persistentes, con conductos auditivos externos estrechos que pueden impedir valorar la membrana timpánica y el estado del oído medio. Se presenta con una alta prevalencia: el 67 % de los casos presenta OMS al año de vida. A los 6 ó 7 años se incrementa de nuevo la incidencia, con un 60 % de afectados. A partir de los 8 años, se observa una tendencia a que dicha prevalencia disminuya. Se acompaña de una hipoacusia leve o moderada (Maris et ál., 2014: 1319-25). Además, tienen riesgo de desarrollar una hipoacusia mixta o neurosensorial. Estos riesgos se mantienen a lo largo de la infancia y puede ser necesaria la colocación repetida de tubos de drenaje. En estos casos se recomienda el control audiológico semestral desde el nacimiento, para evaluar el estado del oído medio y limpiar los conductos. Además de realizar pruebas audiométricas cuando proceda (Iino et ál., 1999: 143-9).

El paladar hendido es una malformación común, con una prevalencia de 1 de cada 700 recién nacidos. Asocia OMS en casi todos los casos porque las inserciones del músculo *tensor veli palatini* son anómalas, ocasionando una dificultad en la apertura de la trompa de Eustaquio. La otitis media secretora crónica en estos pacientes da lugar a una hipoacusia transmisiva, cuya severidad se recomienda monitorizar a lo largo de toda la infancia, incluso después de la reparación quirúrgica de la malformación, debido a que su prevalencia no disminuye tras dicho tratamiento (Sheahan et ál., 2002: 494-500) (Ponduri et ál., 2009: 30-8).

La disfunción tubárica no sólo afecta a los niños con paladar hendido y síndrome de Down, también se asocia con otros síndromes craneofaciales y malformaciones del área de cabeza y cuello (Marchisio et ál., 2008: 426-32).

Cuando se detecta una OMS en un niño en situación de riesgo, se debe ofrecer la colocación precoz de unos drenajes transtimpánicos (DTT) (Rosenfeld et ál., 2013: S1-S35). Para los niños a los

que no se les ha indicado dicho tratamiento se debe de determinar una pauta de controles para monitorizar la OMS y los niveles de audición, dependiendo de sus necesidades individuales. Es aconsejable hacerlo con una periodicidad inferior a los tres meses, que es lo recomendado en niños sin riesgo.

Por todo lo expuesto anteriormente, para los niños en situación de riesgo es recomendable descartar la presencia de una otitis secretora a los 12 y a los 18 meses de edad, dado que este es un periodo especialmente importante para el desarrollo del habla y el lenguaje, el equilibrio y la coordinación (CODEPEH, 2014) (Núñez et ál., 2016: 45-53).

La hipoacusia leve o moderada, uni o bilateral puede causar dificultades académicas, sociales y conductuales, haciendo de este lapso temporal un periodo crítico para identificar la otitis media secretora y, si es preciso, tratarla. Por ello, en esta población de niños de riesgo, se recomienda la valoración audiométrica utilizando el método que corresponda de acuerdo con la edad del niño, así como con la periodicidad que sea necesaria para poder evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico cuando esté indicado (Rosenfeld et ál., 2004: S95-S118).

Esta búsqueda activa de la presencia de una OMS en la población de niños en situación de riesgo no debe ser extendida a la población de niños sin riesgo, donde de forma explícita está desaconsejado el cribado sistemático de la OMS (Simpson et ál., 2007).

2.3. ACTITUD ANTE EL CRIBADO NEONATAL ALTERADO ATRIBUIBLE A UNA OMS

En caso de que un niño no pase las pruebas de cribado neonatal de la hipoacusia, y se atribuya dicho resultado a la presencia de una otitis media secretora, se recomienda su vigilancia periódica con el fin de reducir la probabilidad de que pase desapercibida o se retrase la detección de una hipoacusia neurosensorial (Calderon y Naidu, 1999: 53-84).

La OMS es una causa importante de hipoacusia moderada transitoria en los recién nacidos que no superan el cribado neonatal de la hipoacusia: en un estudio prospectivo de los fallos en el cribado se halló que un 55 % de los casos presentaba otitis media secretora (Boudewyns et ál., 2011: 799-804).

Sin embargo, aunque la mayoría de ellos tendrá una resolución espontánea, a algunos se les diagnosticará una hipoacusia neurosensorial subyacente. Se ha encontrado que un 11 % de los fallos en el cribado presentan simultáneamente una OMS y una hipoacusia neurosensorial, sin embargo, inicialmente, en dos tercios de estos casos se había atribuido el fallo en la prueba de cribado exclusivamente a la OMS (Boone et ál., 2005: 393-7).

3. REPERCUSIONES DE LA OMS SOBRE LA CONDUCTA Y EL DESARROLLO DEL NIÑO

El impacto de la otitis media secretora en la calidad de vida es notorio. El 64 % presenta trastornos del sueño, el 49 % trastornos de la conducta, entre el 33-62 % retraso en el desarrollo del lenguaje y el 15 % desequilibrio (Brouwer et ál., 2005: 1031-41) (Karkanevatos y Lesser, 1998: 732-41).

Cuando un niño tiene una OMS, ésta hace que disminuya temporalmente su audición. Y lo puede hacer de forma repetida a lo largo de los primeros años de vida, pudiendo llegar a tener un efecto nocivo sobre algunas áreas de su desarrollo (cognitivo, comunicativo, socioemocional), su proceso educativo y sus aprendizajes. De hecho, la OMS se relaciona con dificultades del habla y la lectura, respuestas lentas ante estímulos auditivos, vocabulario pobre y problemas de atención. Todo ello explica que, tras la identificación y el correcto tratamiento, el aprovechamiento y rendimiento escolar mejoren sustancialmente (Rosenfeld et ál., 2011: 190-5). Esto es aún más evidente cuando se trata de niños en situaciones de riesgo.

La repercusión de una OMS es de diversa índole y gravedad, dependiendo de circunstancias como el grado de pérdida de audición que genere, la edad y el nivel de lenguaje ya adquirido por el niño.

Si se trata de un episodio de OMS en un niño normoyente, estaremos ante una pérdida auditiva en el límite de poder llegar a ser considerada de grado leve-moderado (25-40 dB). Por contra, si se trata de un niño con una sordera ya instaurada, dependiendo de su grado, a éste se sumará la propia pérdida que provoca la OMS, por lo que su deficiencia de audición se agravará, cuantitativa y cualitativamente. Todo ello será más o menos acusado dependiendo además de si la OMS afecta a un solo oído o a ambos.

Como se ha dicho, otro aspecto que determina el mayor o menor efecto de la OMS son las edades en las que esta entidad clínica aparece con más frecuencia (0-8 años). Los primeros años de vida son críticos para el desarrollo del habla y del lenguaje, así como para la adquisición de herramientas instrumentales para el aprendizaje, como la lectoescritura. Además de implicar otras consecuencias sobre los procesos de atención y memoria, así como sobre la conducta (Jáudenes, 2004: 205-8) (Torres, 2004: 231-44) (Torres, 2004: 337-49) (Villalba, 2004: 185-204).

También hay que tener en cuenta que si la audición fluctúa con la persistencia de la OMS, esto puede provocar inestabilidad en la conducta del niño que responderá de distinta forma ante iguales estímulos sonoros y verbales, prestará menos atención a dichos estímulos, podrá mostrarse inquieto, etc. (FIAPAS, 2006) (FIAPAS, 2007).

3.1. CONSECUENCIAS SEGÚN EL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA

Cuando se trata de una OMS sobrevenida en un niño con normoaudición, este tipo de pérdidas inferior a 40 dB permiten oír gran parte de lo que suena y de lo que se dice en torno a él, pero no todo, dado que puede existir un déficit en la discriminación de los rasgos fonéticos de las palabras. También podría haber dislalias, pues no oyen o no discriminan

unos fonemas de otros y en el habla los omiten o intercambian. Puede existir asimismo cierto retraso en el desarrollo del lenguaje.

Todo ello puede llegar a afectar al aprovechamiento escolar y a la conducta, ya que se generan problemas de atención y dificultad en la comunicación en espacios contaminados por el ruido ambiente, como pueden ser los espacios de juego y los escolares.

Cuando se trata de niños con deficiencias de audición ya instauradas, por encima de los 40 dB, la presencia de una OMS da lugar a pérdidas auditivas que afectan no sólo a una mejor o peor discriminación fonética, sino a la adquisición de la conciencia fonológica necesaria para el desarrollo cognitivo y lingüístico. E, igualmente, dará lugar a dificultades en la comunicación en ambientes ruidosos y en intercambios con varias personas a la vez. Además de presentar problemas de atención, retrasos en el aprendizaje, así como en el aprovechamiento y el rendimiento escolar (FIAPAS, 2006) (FIAPAS, 2007).

Todas estas situaciones resultan de más envergadura y se prolongan en el tiempo cuanto mayor es la pérdida auditiva de base o si existen situaciones de riesgo añadidas (*Tabla 1*).

3.2. CONSECUENCIAS SEGÚN LA EDAD Y EL NIVEL DE LENGUAJE ADQUIRIDO

Cuando se trata de un niño sin lenguaje adquirido (0-3 años), el déficit o la falta de audición da lugar a alteraciones y déficits de la conciencia fonológica y en el hábito de escucha. Tiene efectos también sobre el equilibrio y la psicomotricidad, así como sobre los aprendizajes y adquisiciones propias de la primera infancia, además de alteraciones de la conducta.

Si se trata de un niño con lenguaje adquirido (3-12 años) se producen así mismo alteraciones y déficits de la conciencia fonológica y en el hábito de escucha, efectos sobre el aprendizaje escolar y educativo, alteraciones de la conducta, alteraciones del equilibrio, efectos sobre el acceso a la lectoescritura y sobre el aprovechamiento y rendimiento escolar.

De todos estos efectos que provoca la falta de audición secundaria a la OMS, hay uno en particular que en la inmediatez del momento puede pasar desapercibido y, sin embargo, de no ser vigilado y tratado, tiene consecuencias permanentes que se han de destacar. Se trata de señalar las consecuencias que provocan las limitaciones en el acceso a los rasgos fonéticos del lenguaje. La adquisición de la conciencia fonológica contribuye a la instalación y desarrollo de herramientas cognitivas de alto nivel que más tarde aflorarán, como el lenguaje interior, la lectoescritura, el pensamiento verbal, la representación mental, el simbolismo fonético, etc. (Torres, 2016: 14-7).

Por ello hay que estar muy atento, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar, a cualquier cambio que se produzca en la conducta de respuesta del niño ante los sonidos y en el interés mostrado por las fuentes que los emiten. Hay que estar pendiente de cualquier modificación en sus hábitos y estrategias de comunicación, de relación social y de juego, así como de cualquier alteración en su habla y en el desarrollo del lenguaje, además de en su comportamiento.

4. MÉTODOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA OMS INFANTIL

4.1. OTOSCOPIA

En la valoración del oído y, por lo tanto, en el diagnóstico de la OMS, la otoscopia es la técnica más importante (Karma et ál., 1989: 37-49). Se puede llevar a cabo con el otoscopio convencional, con videoendoscopio (Shiao y Guo, 2005: 1497-502) o con microscopio, que mejora mucho la posibilidad de alcanzar un diagnóstico preciso (Lee, 2010: 151-3), igualándose al patrón de referencia de la otoscopia neumática.

La otoscopia es una técnica que precisa entrenamiento y experiencia para una correcta valoración del oído (Kaleida y Stool, 1992: 433-5). En los niños,

sobre todo en los más pequeños, el tamaño del conducto auditivo externo (CAE), el ángulo de la membrana timpánica, más abierto cuanto más pequeño, el llanto y la falta de colaboración del paciente, hacen que algunos oídos patológicos sean interpretados como normales.

Los signos otoscópicos que facilitan el diagnóstico de una OMS son la pérdida de transparencia, el engrosamiento de la membrana y el cambio de tono. Se puede apreciar en ocasiones un nivel hidroaéreo. Es importante diferenciarlo de una otitis media aguda no supurada, siendo en ésta el dolor y los signos inflamatorios las características más importantes.

4.2. OTOSCOPIA NEUMÁTICA

La otoscopia neumática es considerada la técnica de referencia (American Academy of Family Physicians et ál., 2004: 1412-29). Para su realización se precisa un otoscopio, un espéculo que se ajuste perfectamente al CAE y una perilla para hacer las maniobras de insuflación.

La prueba se realiza haciendo una presión suave sobre la perilla conectada al otoscopio. Si el oído es normal, se ve como la membrana se mueve hacia dentro al apretar la perilla y como vuelve a la posición al dejar de hacer presión. Si existe algún derrame en el oído medio, la movilidad de la membrana se verá disminuida o no se moverá, según la cantidad y la densidad del líquido existente. Si la membrana está inmóvil, incluso, se puede ver un movimiento de las paredes del CAE.

La otoscopia neumática es la primera técnica indicada en el diagnóstico inicial de la OMS, tiene una sensibilidad del 94 % y una especificidad del 80 % en relación a la miringotomía (Shekelle et ál., 2002: 1-5).

Esta técnica, a pesar de sus numerosas recomendaciones para el diagnóstico de una OMS (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41), se usa poco en atención primaria por la necesidad de tener material apropiado, a pesar de su bajo coste, y por la dificultad de su aprendizaje, prefiriéndose en este medio el uso de la timpanometría (Abbott et ál., 2014: 181).

Al ser una técnica subjetiva, su mayor inconveniente es la variabilidad de interpretación entre distintos observadores y que, en casos de OMA, puede producir dolor.

4.3. TIMPANOMETRÍA

Es una prueba objetiva que nos dará información de las características dinámicas del estado del oído medio y del complejo tímpano-osicular. Mide la admitancia acústica del oído medio en relación a los cambios de presión en el oído externo (Nozza et ál., 1992: 442-53). Esta prueba no mide la audición del niño (Group MRCM-cOMS, 2009: 21-42).

Se trata de un procedimiento fácil de llevar a cabo con un timpanómetro portátil o un timpanómetro de diagnóstico clínico. El resultado es un gráfico de la energía admitida por el tímpano y el oído medio en respuesta al aire a presión introducido en el CAE. La energía acústica es transmitida al CAE y un micrófono mide el reflejo del sonido mientras la presión varía entre +200 y -400/-600 mm de H₂O.

Es recomendable promover la timpanometría como una herramienta objetiva para el diagnóstico de la OMS, tanto para confirmar los hallazgos de la otoscopia neumática, como para constituir una alternativa a la otoscopia cuando la visualización de la membrana es limitada. Existen recomendaciones precisas a seguir (*Tabla 2*) para la realización de la timpanometría (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41).

Para su correcta realización es necesario hacer antes una otoscopia con objeto de descartar oclusiones o procesos infecciosos del oído. La sonda con frecuencias de 226 Hz ha demostrado ser efectiva para identificar la OMS en niños de edad preescolar y escolar (especificidad del 82-89 % y sensibilidad del 95-100 %), pero su fiabilidad es menor en edades inferiores a 6-9 meses de vida. Se recomienda el uso de una sonda de 1 kHz en las exploraciones en niños menores de esa edad (CODEPEH, 2014) (Núñez et ál., 2016: 45-53) (Mena

et ál., 2016: 306-14) (American Academy of Pediatrics JColH, 2007: 898-921). La interpretación del resultado se hace sobre unos gráficos (timpanograma), que se obtienen del equipo.

Siguiendo la clasificación de Jerger (*Figura 1*) tenemos tres curvas básicas (Jerger, 1970: 311-24):

- a) Curva tipo A. Es el patrón de normalidad y se caracteriza por tener una forma global, “en techo de pagoda”, con un pico estrecho, cuyo máximo punto de presión se encuentra entre +50 y -100 mm de H₂O, con una amplitud máxima entre 1 y 2 ml.
- b) Curva tipo B. Esta curva es una línea casi plana que indica derrame dentro del oído medio.
- c) Curva tipo C. Esta curva tiene el pico a más de 150mm de H₂O, indicando un gradiente negativo de presión dentro del oído medio.

En niños por debajo de los 6-9 meses es recomendable que los timpanogramas se clasifiquen en normales y anormales, usando la clasificación Baldwin (*Figura 2*) (Baldwin, 2006: 417-27). Se traza una línea vertical desde la línea base al pico de la curva y se determina como normal, cuando el pico está por encima de la línea base (pico +), o anormal, cuando el pico está debajo de la línea base (pico -). En caso de existir un pico positivo y otro negativo se considerará como normal.

Otro dato importante es la medida del CAE, que suele ser en adultos entre 0,6 cc a 1,5 cc y en niños de 3 a 5 años de 0,4 cc a 1,0 cc.

Cuando la medida del CAE, en una curva tipo B, el volumen sea superior a estas cifras indicará una perforación timpánica o la presencia de un drenaje (DTT).

5. TRATAMIENTO MÉDICO DE LA OMS INFANTIL

Los objetivos principales del tratamiento de la OMS son eliminar la secreción del interior de la caja timpánica, restaurar la audición normal y prevenir, en lo posible, futuros episodios (Klein y Pelton, 2016) (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41).

Varios medicamentos han sido utilizados para el tratamiento de la OMS, con el doble objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y evitar intervenciones quirúrgicas invasivas. El propósito de este apartado es analizar su eficacia.

5.1. ESTEROIDES ORALES Y TÓPICOS

La idea de la utilización de los corticoides se basa en su efecto antiinflamatorio en la rinofaringe y el oído medio. Además, regulan al alza el transporte de sodio transepitelial en el oído medio, promoviendo la eliminación del líquido de la cavidad del oído medio (Principi et ál, 2016: 415-23).

• Glucocorticoides orales

Ya en 2004 distintas asociaciones médicas y, posteriormente, las directrices del Instituto Nacional para las directrices de Excelencia Clínica (NICE) desaconsejaron el uso de glucocorticoides orales para el tratamiento de la OMS (American Academy of Family Physicians et ál., 2004: 1412-29) (NICE, 2008). Más recientemente, la Agencia para la Investigación y Calidad Sanitaria (AHRQ) examinó la eficacia de los esteroides orales en el tratamiento de la OMS y demostró que no son útiles ni beneficiosos para la resolución del derrame o en la mejora de la pérdida auditiva (Berkman et ál, 2013) y que, añadiendo antibióticos, no mejoran los resultados en comparación con los pacientes de control, que se dejaron sin tratar o se trataron sólo con antibióticos (Thomas et ál., 2006) (Simpson et ál., 2007).

En una revisión sistemática Cochrane de 2011, en la que se incluían estudios diversos sobre el uso de los glucocorticoides (con o sin antibióticos) para el tratamiento de la OMS en niños, los glucocorticoides orales se asociaron con la resolución de la OMS a las dos semanas de tratamiento, pero no más allá de ese plazo (Simpson et ál., 2011).

Además, en el único estudio que se evaluó la audición, los glucocorticoides orales no mejoraron ésta (Macknin y Jones, 1985: 329).

Es conocido que los corticoides orales están asociados a efectos adversos, sobre todo en niños. De hecho, evitar el uso de estos medicamentos se toma como medida de calidad en el cuidado de los niños con OMS (Lannon et ál., 2011: e1490) (Patel et ál., 2008: 490).

No se recomienda, por tanto, el uso de glucocorticoides orales en el tratamiento de la OMS en niños. El riesgo de efectos adversos supera su potencial beneficio a corto plazo (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41) (Principi et ál., 2016: 415-23) (O'Connor et ál., 2016: 215-25).

• Glucocorticoides intranasales

Al igual que en el caso de los glucocorticoides orales, varias asociaciones médicas desaconsejan el uso de glucocorticoides nasales para el tratamiento de la OMS (American Academy of Family Physicians et ál., 2004: 1412-29) (NICE, 2008).

Estudios posteriores han demostrado que en niños de 4 a 11 años, tratados con mometasona nasal o placebo, no hubo diferencia en la resolución del derrame o pérdida de la audición más allá de los tres meses (Williamson et ál., 2009: 1-144). Pero sí hubo una desventaja económica en el grupo tratado con mometasona, considerando la alta tasa de resolución espontánea en el grupo de placebo.

Los esteroides vía tópica (intranasal) tienen menos efectos secundarios, especialmente cuando se compara con la administración sistémica, pero entre el 7 % y el 22 % de los pacientes del grupo de estudio experimentaron efectos secundarios menores (Simpson et ál., 2007).

Es posible que, a corto plazo, haya un beneficio de la administración de los esteroides vía tópica intranasal en niños con hipertrofia de las adenoides, aunque el efecto es pequeño y la dosificación, en un estudio que lo apoya, fue mayor de lo recomendable (Bhargava y Chakravarti, 2014: 766-70) (Cengel y Akyol, 2006: 639-45) (El-Anwar et ál., 2015: 298-301).

Así mismo, en una revisión sistemática Cochrane de 2011 con diversos estudios sobre los glucocor-

ticoides sistémicos y tópicos nasales para el tratamiento de la OMS en niños, se encontró que los glucocorticoides intranasales no fueron útiles en la resolución de la OMS, ni para mejorar la audición a corto plazo (Simpson et ál., 2011).

Tampoco se evaluó la capacidad de resolución a largo plazo, ni el desarrollo del habla. La no utilización de los glucocorticoides intranasales (a menos que haya causa justificada) igualmente es una medida de calidad en el cuidado de los niños con OMS (Lannon et ál., 2011: e1490) (Patel et ál., 2008: 490).

Con los datos disponibles en la actualidad no es posible confirmar el papel de la rinitis alérgica en la etiología de la OMS. También se ha especulado mucho sobre la relación entre la alergia en general y la OMS, sin que a día de hoy se haya llegado a ninguna conclusión.

No se han llevado a cabo estudios prospectivos en niños con OMS que examinen los efectos de la inmunoterapia en los alérgicos frente a otras opciones (American Academy of Family Physicians et ál., 2004: 1412-29).

Por tanto, no se aconseja emplear los glucocorticoides intranasales en el tratamiento de la OMS (Klein y Pelton, 2016) (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41) (Principi et ál., 2016: 415-23) (O'Connor et ál., 2016: 215-25).

5.2. ANTIBIÓTICOS

El fundamento para el tratamiento antibiótico de los niños con OMS surgió de la identificación de, al menos, un patógeno bacteriano en el líquido del oído medio en un tercio de estos pacientes. En la mayoría de los casos, las bacterias cultivadas fueron las mismas que las que normalmente se encuentran en la otitis media aguda: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pneumoniae*. Se sugirió por ello su tratamiento con los mismos fármacos recomendados para la OMA.

Hace tiempo que varios meta-análisis encontraron que los antibióticos mejoraban la eliminación de la OMS en el primer mes después del tratamiento, pero hubo recaídas frecuentes y ningún

beneficio más allá del primer mes (Rosenfeld y Post, 1992: 378) (Williams et ál., 1993: 1344).

Una revisión sistemática Cochrane en 2012 también llegó a la conclusión de que la evidencia no apoya el uso rutinario de antibióticos para niños con OMS (Van Zon et ál., 2012).

Este análisis se realizó sobre 23 estudios, con uso de antibióticos tanto a corto como a largo plazo en el tratamiento de la OMS, mostrando un pequeño beneficio para la resolución completa del derrame en algún momento de la evolución y en la complicación con OMA. Sin embargo, la terapia con antibióticos no tuvo ningún impacto significativo en la pérdida auditiva o la tasa de timpanostomía posterior y la inserción de tubos. Además, el efecto positivo se daba con tratamientos superiores al mes de duración. Los autores concluyeron que los antibióticos no deben utilizarse para tratar la OMS, dado que los pequeños beneficios no justifican los efectos adversos y el aumento de resistencias bacterianas que propicia, además de no tener ningún impacto en la pérdida auditiva o la futura cirugía.

Recientemente, en 2016, la Cochrane ha editado una actualización de estas recomendaciones que confirman la necesidad de valorar la moderada mejora que los antibióticos pueden aportar frente a los efectos secundarios que producen y el aumento de resistencias bacterianas que propician (Venekamp et ál., 2015 y 2016).

En conclusión, no se recomienda el uso de antibióticos de forma generalizada para el tratamiento de la OMS (Klein y Pelton, 2016) (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41) (Principi et ál., 2016: 415-23) (O'Connor et ál., 2016: 215-25).

La no utilización de antibióticos es también un indicador de calidad en el cuidado de los niños con OMS (Lannon et ál., 2011: e1490) (Patel et ál., 2008: 490).

El uso inadecuado de los antibióticos puede afectar no sólo al individuo que los toma, sino también a su familia, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto. Tratar un proceso no bacteriano con un antibiótico carece de utilidad y somete

al paciente a riesgos innecesarios (reacciones alérgicas y otros efectos adversos). Además, el impacto ecológico sobre la flora respiratoria e intestinal es considerable, ya que el antibiótico eliminará la población mayoritaria de bacterias sensibles y favorecerá el crecimiento de la población bacteriana resistente y su posible diseminación posterior (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2006).

Estos hallazgos no deben impedir el uso de la terapia con antibióticos cuando haya enfermedades asociadas que se beneficiarían de su uso, tales como sinusitis bacteriana aguda o infección por estreptococo grupo A.

5.3. ANTIHISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIONANTES

Los descongestionantes tienen como objetivo disminuir el edema e hinchazón de la mucosa, la mejora de su función, asegurando la ventilación central y la reducción de fluido. Al igual que los esteroides, los antihistamínicos se indican para amortiguar la respuesta inflamatoria.

Diversas asociaciones médicas, en 2004, y posteriormente las directrices NICE recomendaron que los antihistamínicos y descongestionantes no se deben utilizar en el tratamiento de la OMS en niños (American Academy of Family Physicians et ál., 2004: 1412-29) (NICE, 2008).

La mejor evidencia en este sentido proviene de una revisión Cochrane de 2007, que incluyó 16 ensayos clínicos con 1.516 niños tratados con estos fármacos, solos o en combinación, cuyos resultados no mostraron ningún beneficio en la variable principal (persistencia de la OMS al cabo de un mes). Tampoco se demostró que se redujeran las recurrencias. Por el contrario, sí aumentaron los efectos adversos en comparación con el placebo (Griffin et ál., 2007).

Esto se confirmó en una revisión sistemática posterior sobre la evaluación de los antihistamínicos y/o descongestivos para el tratamiento de la OMS,

que concluyó que no había beneficio ni a corto (<1 mes), ni a largo plazo (>3 meses), en la resolución de OMS. Ni se redujo la duración de las complicaciones, ni se impidió la OMA (Griffin y Flynn, 2011).

Por otra parte, no se encontró evidencia de efectos beneficiosos sobre la audición, aunque puede haber algún beneficio en términos de mejora de la sintomatología de alergia nasal y ocular.

Los efectos adversos de antihistamínicos y descongestionantes en niños también tienden a favorecer al grupo placebo sobre el grupo de tratamiento en varios estudios. El tratamiento con antihistamínicos y/o descongestivos se asoció con un aumento del riesgo de efectos secundarios en el 17 % de casos, frente al 6 % entre los que recibieron placebo. Por ello, no se recomienda utilizar estos fármacos en el tratamiento de la OMS. No existe evidencia de su beneficio y sí del riesgo de posibles efectos adversos con su uso (Griffin et ál., 2007) (Griffin y Flynn, 2011) (Klein y Pelton, 2016). Incluso en los niños con rinitis alérgica y OMS, estos medicamentos no son beneficiosos para esta última (Rosa-Olivares et ál., 2015: 480-6).

5.4. INHIBIDORES DE LEUCOTRIENOS

Estudios previos no demostraron que el montelukast sea eficaz en el aclaramiento de la secreción del oído medio (Schoem et ál., 2010: 434-7), sin embargo, un estudio posterior en el uso de inhibidores de los leucotrienos, con o sin antihistamínico, demostró por otoscopia una mejoría estadísticamente significativa utilizando ambas terapias. No obstante, esta mejora no era significativa en las timpanometrías bilaterales (Ertugay et ál., 2013: 1266-72).

5.5. MUCOLÍTICOS

La evidencia del posible beneficio de los mucolíticos en la OMS es muy limitada. La información disponible recomienda no usarlos (Klein y Pelton, 2016) (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41) (Principi et ál., 2016: 415-23) (O'Connor et ál., 2016: 215-25).

5.6. AUTOINSUFLACIÓN

La autoinsuflación se refiere al proceso de apertura de la trompa de Eustaquio, elevando la presión intranasal (por ejemplo, mediante la espiración forzada con la boca y la nariz cerrada, hinchar un globo a través de cada orificio nasal o el uso de un globo nasal manufacturado a propósito o algún otro aparato similar) (Perera et ál., 2013) (Williamson et ál., 2015: 961-9) (Banigo et ál., 2016: 59-65).

La autoinsuflación en la espera vigilante podría ser beneficiosa si el niño es capaz de realizar la técnica. Los estudios disponibles son controvertidos, de forma que se pueden encontrar revisiones o guías en las que no se recomienda su uso (Rovers et ál., 2004: 465-73), otras en las que con una evidencia de bajo grado se afirma que podría ser beneficiosa en algunos pacientes (SIGN, 2003) y otras revisiones más recientes en las que concluyen que es mejor utilizarla mientras se espera la resolución espontánea de la OMS, debido a la ausencia de efectos adversos (Perera et ál., 2013) (Principi et ál., 2016: 415-23) (Williamson, 2011: 0502) (Williamson et ál., 2015: 961-9).

En una revisión sistemática Cochrane de tres estudios, la autoinsuflación con un globo nasal fabricado a propósito disminuyó la secreción del oído medio según criterios timpanométricos y audiométricos, en un plazo de dos semanas a tres meses, comparándolo con no tratamiento (Perera et ál., 2013).

No se observaron efectos adversos con la autoinsuflación. Sin embargo, algunos niños pueden tener dificultades para llevarla a cabo y esto puede limitar su aplicación en niños pequeños (Williamson, 2011: 0502) (Haggard, 1999: 1178). De hecho, en un ensayo, el 12 % de los niños (de 3 a 12 años) se mostraron incapaces de usar el globo (Blanshard et ál., 1993: 188).

Estudios más recientes sí apoyan su utilización porque mejora varios aspectos clínicos y sintomatológicos, así como la calidad de vida de los niños con OMS (Bidarian, 2016: 65) (Alper, 2016: 255) (Williamson, 2011: 0502) (Williamson et ál., 2015: 1-150). Además, puede

reducir la necesidad de poner tubos de ventilación para el tratamiento definitivo (Banigo et ál., 2016: 59-65).

En conclusión, la autoinsuflación podría ser un tratamiento útil para la OMS. Sin embargo, es difícil de realizar por niños pequeños que justamente son el grupo de edad en el que la OMS puede ser más perjudicial. Por otra parte, no se ha determinado aún el dispositivo más eficaz, que permita el mayor grado de cumplimiento.

5.7. TRATAMIENTO ANTIREFLUJO GASTROESOFÁGICO

Este enfoque se basa en el hecho de que se encuentran pepsina y pepsinógeno en la cavidad del oído medio de pacientes con OMS, que tal vez pueden derivar de un reflujo laringofaríngeo, indicando que éste se asocia con la patogénesis de la OMS en niños (Luo et ál., 2015: 1252-5).

Hay algún trabajo que recomienda el tratamiento del reflujo gastroesofágico para la mejora de la otitis secretora (McCoul et ál., 2011: 35-41), aunque una revisión sistemática más reciente no confirmó su utilidad (Miura et ál., 2012: 345-52).

La prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños con otitis media crónica con secreción y con otitis media aguda recurrente puede ser mayor que la prevalencia global para el resto de niños y la presencia de pepsina/pepsinógeno en el oído medio puede estar relacionada con el reflujo fisiológico, sin embargo, la relación de causa-efecto entre la pepsina/pepsinógeno en el oído medio y la OMS no está demostrada.

En conclusión, el tratamiento antirreflujo para la OMS no puede ser recomendado basándose en las investigaciones existentes.

5.8. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS

• Probióticos e interleukinas

Hay estudios con probióticos para el tratamiento de la OMS que han tenido resultados prometedores,

pero necesitan ser replicados antes de que este tratamiento pueda ser recomendado. En ensayos aleatorios, los niños con OMS prolongada, que recibieron dos veces al día, por vía intranasal, *Streptococcus sanguinis* y otros *alfa streptococos (mitis, oralis)*, que interfieren el crecimiento de otras bacterias patógenas, o *Lactobacillus rhamnosus*, tenían mayores tasas de curación clínica y menores recurrencias en comparación con los que recibieron placebo intranasal. No se identificaron efectos adversos (Skovbjerg et ál., 2009: 92) (Roos et ál., 2001: 1-4) (Di Pierro et ál., 2012: 991-7).

Esta área de investigación tiene su base en la existencia de *biofilms* bacterianos en el oído medio y, sobre todo, en las adenoides que podrían tener relación con la OMS y la OMA, actuando como reservorio de patógenos, lo que podría abrir nuevas opciones terapéuticas (Tawfik et ál., 2016) (Van Hoecke et ál., 2016) (Davcheva-Chakar et ál., 2015: 71-6).

Nuevos enfoques para el tratamiento de esta enfermedad pasan también por el conocimiento y regulación de citoquinas inflamatorias, como la IL10, que están elevadas en niños con OMS crónica (Zielnik y Stankiewicz, 2016: 104-8).

• Homeopatía

Los pocos estudios publicados sobre los remedios homeopáticos para infecciones del oído medio u OMS tienen defectos en el diseño del estudio, incluyendo el tamaño pequeño de la muestra, la falta de asignación al azar o el cegamiento y la falta de validación del diagnóstico (Harrison et ál., 1999: 132) (Jacobs et ál., 2001: 177).

Recientemente, se ha publicado un artículo randomizado y doble ciego que concluye que el tratamiento homeopático no es efectivo (Pedrero et ál., 2016: 217-23).

Además, no hay regímenes homeopáticos estandarizados para la otitis media y no hay datos sobre las dosis o planes adecuados.

• Inmunomoduladores

Otro medicamento empleado en la OMS, el AM3 (inmunoférón®) tampoco ha demostrado efectividad (Ortega et ál., 2005: 1-5), por lo que no se puede recomendar este tratamiento.

La Guía NICE (2008) no recomienda la homeopatía, la osteopatía craneal, la acupuntura, las modificaciones en la dieta (incluyendo probióticos), inmu-noestimulantes, ni el masaje.

Las últimas revisiones no han cambiado esta no indicación (Principi et ál., 2016: 415-23) y sí han advertido de la posibilidad de efectos secundarios sobre todo ligados al empleo de remedios herbales.

Resumiendo, las guías de referencia de reconocidas asociaciones médicas, no hacen ninguna recomendación respecto a terapias complementarias y alternativas para la OMS en base a la falta de pruebas suficientes (Klein y Pelton, 2016) (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41) (Principi et ál., 2016: 415-23).

5.9. VACUNAS

Aunque es lógico pensar que las vacunas de la gripe y aquellas que cubren los patógenos habituales en la OMA pueden reducir de forma secundaria la incidencia de la OMS, que se origina por procesos infecciosos respiratorios o por otra patología ORL (Principi et ál., 2016: 415-23), recientemente se ha publicado una revisión sistemática y meta-análisis sobre el efecto de la vacunación antineumocócica en la prevención de la OMS en la que se han identificado tres estudios que no demostraban ningún efecto beneficioso directo sobre la misma (El-Makhzangy et ál., 2012: 2021-6) (Antolí-Candela et ál., 2013).

6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OMS INFANTIL

Se debe considerar el tratamiento quirúrgico de la OMS cuando ésta persiste durante más de tres meses. Esta conducta variará en los niños en situaciones de riesgo (*Tabla 1*).

Además, hay que tener en cuenta que en ciertos niños puede evolucionar a la cronicidad con más probabilidad cuando se dan circunstancias como (Van Balen y de Melker, 2000: 605-11) la existencia de OMS en periodos estacionales con el inicio en verano o en otoño, pérdida auditiva mayor de 30 dB en el mejor oído, historia previa con drenajes trans-timpánicos (DTT) y no estar adenoidectomizado.

La decisión respecto a la realización de cirugía se debe tomar consensuada entre el ORL, los padres y el pediatra, en caso de que no haya consenso es mejor ampliar la información, dejar un tiempo para pensar y volver a tener otra visita en la consulta para retomar la decisión (Elwyn et ál., 2013: 207-12).

Entre los niños que llevan más de tres meses con OMS, se debe tener en cuenta si este tipo de tratamiento va a aportar o no beneficio. Para ello debemos hacer una prueba audiológica adecuada a la edad del niño antes de la cirugía. Si ésta muestra umbrales mejores o iguales a 20 dB, se debe reevaluar cada tres meses hasta la completa resolución de la OMS. También se deben controlar con la misma periodicidad las alteraciones de la membrana timpánica (Heidemann et ál., 2016: 154-63).

En caso de umbrales de más de 25 dB de media, en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz, en el mejor oído, estaría indicada la cirugía. También sería adecuado, siempre que se pueda, hacer una valoración audiológica de inteligibilidad en la percepción del lenguaje.

En niños con hipoacusias menores de 25 dB, se debe valorar la realización de la cirugía si éstos tienen retraso en el lenguaje o algún otro tipo de situación de riesgo.

A la hora de seleccionar qué tipo de cirugía se debe realizar, se tiene en cuenta la edad de los niños, tomando como referencia los 4 años de edad (Gates et ál., 1987: 1444-51) (Boonacker et ál., 2014: 1-118) (Mikals y Brigger, 2014: 95-101). En los niños menores de 4 años, sólo está indicada la colocación de DTT, ya que no se ha encontrado evidencia científica de que la realización de

adenoidectomía simultánea produzca mayor beneficio, salvo que exista indicación de ésta por alguna otra circunstancia.

En los niños de 4 años o más, si se ha encontrado un beneficio en la realización de una adenoidectomía de forma simultánea a la colocación de DTT con tasas de recurrencias de sólo el 7 %, en vez del 20 % de los no adenoidectomizados. Por lo tanto, a partir de esta edad, se debe ofrecer la realización de adenoidectomía, si no se ha realizado antes por cualquier otra causa, a la vez que insertamos los DTT (Cervera et ál., 2006: 59-65) (Wallace et ál., 2014: 296-311).

El beneficio de la adenoidectomía es reducir las recaídas, con independencia del tamaño de las adenoides o de si la OMS está relacionada con las bacterias a ese nivel formando *biofilms* (Nguyen et ál., 2004: 863-6).

A cualquier edad, estaría indicada la colocación de DTT en las situaciones en que se aprecie un riesgo de producirse una alteración en la estructura de la membrana timpánica o que ésta ya se haya producido como una retracción, consecuencia de un gradiente de presión negativo en la caja del tímpano o una atelectasia, con objeto de evitar otras cirugías más extensas, secundarias a lo referido o primeros signos de colesteatoma.

La colocación de DTT no estaría indicada en los niños que presenten otitis media aguda sin coexistir con OMS crónica. Tampoco se ha encontrado beneficio de la adenoidectomía para prevenir las OMA de repetición.

6.1. COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DE DTT

Entre otras complicaciones posibles (Tabla 3), la más prevalente es la otorrea, que ocurre en el 16 % de los casos, durante las cuatro primeras semanas, y en un 26 % a lo largo de todo el tiempo en el que se llevan los DTT (Vlastarakos et ál., 2007: 385-91) (Kay et ál., 2001: 374-80) (Rakover et ál., 2000: 41-4).

La otorrea está relacionada con los *biofilm* que se producen alrededor del DTT (Idicula et ál., 2016:

1946-51). En caso de otorrea a través de DTT, sólo se deben recetar gotas antibióticas tópicas, sin toma de antibióticos por vía oral, salvo infecciones complicadas.

Las complicaciones de la adenoidectomía son poco frecuentes (De Luca et ál., 2015: 702-18). Entre ellas, el aumento del tiempo quirúrgico, el riesgo de sangrado postoperatorio, mayor discomfort en los 2-3 días posteriores a la cirugía y, raramente, rinolalia abierta o disfunción tubárica.

No hay que olvidar que los niños precisan de seguimiento a largo plazo para asegurar que la audición se ha corregido y que la inteligibilidad en la percepción del lenguaje ha mejorado. Para ello, haremos las pruebas audiométricas necesarias. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, tras la extrusión de los DTT, la reincidencia de una OMS, que puede llegar a precisar la colocación de otros nuevos, se estima entre el 20 % y el 54 % de los casos, según distintos autores.

Entre los beneficios de la colocación de DTT destacan la mejora de la calidad de vida de los niños y de sus cuidadores a corto plazo, la reducción de la prevalencia de OMS en un 32 % en el primer año y mejora los niveles de audición (Browning et ál., 2010), así como la mejora del habla y del lenguaje, fundamentalmente en niños con factores de riesgo (Tabla 1) (Rosenfeld et ál., 2011: 190-5).

7. INFORMACIÓN Y ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA

Es importante informar a los padres del niño diagnosticado de otitis media secretora con el fin de mejorar el proceso de toma de decisiones compartido con el profesional. Esta tarea puede ser abordada entregando una lista de preguntas frecuentes, que debe completarse con un intercambio de información accesible para la familia y que responda a sus necesidades. La información aportada por la familia

es muy valiosa, pero no puede ser el único método para identificar si existe pérdida auditiva o no.

Los aspectos más importantes a tratar en el proceso de información a las familias son los factores predisponentes, la historia natural de la enfermedad, el riesgo de daño al oído medio y las opciones existentes para minimizar los efectos de la otitis secretora (Rosenfeld et ál., 2016: S1-S41).

7.1. FACTORES PREDISPONENTES DE OMS

Entre los factores que provocan la aparición de la OMS (Casselbrant y Mandel, 2003), destaca la edad por estar en relación directa con la angulación de la trompa de Eustaquio.

Otros factores son el tabaquismo pasivo, sexo masculino y la asistencia a guardería (Todberg et ál., 2014: e111732). Existe también un componente familiar.

En los niños menores de 18 meses es importante limitar el uso de chupetes porque con ello se puede reducir la incidencia de otitis media aguda en un 30 % y, en consecuencia, la de la otitis media secretora que de forma rutinaria sucede a la primera.

El riesgo disminuye sustancialmente si el niño ha sido alimentado con leche materna, protegiendo más tiempo contra la OMS cuanto más prolongada sea dicha lactancia. Existen numerosos estudios que demuestran que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer OMS por la transmisión de anticuerpos desde la madre al lactante y por reducir las alergias ambientales (Schilder et ál., 2004: 29-36).

Una buena higiene de las manos también es una medida beneficiosa.

7.2. HISTORIA NATURAL DE LA OMS

La OMS es un proceso que evoluciona hacia la curación espontánea en la mayoría de los casos, pero depende de la causa y el tiempo transcurrido desde su instauración. En el 75 % de los niños, la OMS se ha resuelto en tres meses cuando su causa ha sido una

otitis media aguda previa. Si la OMS es espontánea y se desconoce cuando apareció, la tasa de resolución a los tres meses baja al 56 %.

Es menos probable su resolución en los niños en los que aparece en los meses de verano u otoño, los que presentan umbrales audiométricos peores de 30 dB y/o una historia previa de colocación de drenajes transtimpánicos (Van Balen y de Melker, 2000: 605-11).

7.3. RIESGO DE DAÑO AL OÍDO MEDIO

Aunque poco frecuente, hay que tener en cuenta el riesgo de que se produzcan secuelas como retracción o atelectasia de la membrana timpánica, lesiones de los huesecillos timpánicos, formación de colesteatoma y perforación timpánica.

7.4. CÓMO MINIMIZAR LOS EFECTOS DE LA OTITIS SECRETORA

Existen diferentes opciones para minimizar los efectos de la otitis media secretora en términos de hipoacusia, desarrollo del habla y del lenguaje, así como sobre el aprovechamiento escolar. Se debe instruir sobre las estrategias para optimizar la escucha y el aprendizaje mientras la otitis se resuelve (*Tabla 4*). Se debe hablar al niño situándose cerca y frente a él, con una clara pero natural pronunciación. También se puede recurrir a estrategias adicionales de comunicación que pueden aumentar la atención del niño, reduciendo el ruido ambiente si es posible y repitiendo o aclarando la información que se le intenta transmitir. Se debe colocar al niño en sitios preferentes en la clase, en las primeras filas y con el mejor oído orientado al docente (Roberts et ál., 2004: e238-e248) (FIAPAS, 2006) (FIAPAS, 2007).

Los padres deben saber que los medicamentos carecen de utilidad en el tratamiento de la OMS (Van Zon et ál., 2012). Y, a pesar de la popularidad de las terapias alternativas y complementarias, no existe evidencia de que aporten beneficios en la otitis media secretora (Berkman et ál., 2013).

8. RECOMENDACIONES CODEPEH 2016

1. En el **diagnóstico** de la otitis media secretora infantil, se debe documentar la presencia de contenido seromucoso en la caja timpánica por medio de la otoscopia neumática, la timpanometría o la otomicroscopia.
2. Ante una otitis media secretora en un **niño que no presenta factores de riesgo**, se recomienda una espera vigilada de tres meses antes de plantear una actuación terapéutica. La autoinsuflación es una medida que puede ayudar durante este tiempo.
3. Todo **niño que presenta factores de riesgo** debe ser examinado para descartar la existencia de una otitis media secretora, tanto en el momento del diagnóstico del factor de riesgo, como a los 12-18 meses de edad.
4. **No se recomienda el cribado de la otitis media secretora** en los niños sin presencia de factores de riesgo u otros síntomas atribuibles a la misma como hipoacusia, problemas de equilibrio, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta o síntomas otológicos.
5. En el caso de que se atribuya a una otitis media secretora el **fallo en el cribado neonatal de la hipoacusia**, se recomienda el seguimiento del niño hasta la completa resolución de la misma y la realización de una prueba audiológica que descarte una hipoacusia neurosensorial subyacente.
6. Se debe realizar una **prueba audiológica** apropiada a la edad del niño si la otitis media secretora se prolonga más de tres meses. En los niños con factores de riesgo debe hacerse en el momento del diagnóstico.
7. Se debe determinar si en un niño con otitis media secretora existen otros factores sensoriales, físicos, cognitivos o conductuales concomitantes que le sitúen en **riesgo de presentar alteraciones o retrasos en el desarrollo del lenguaje y/o del habla, así como en sus aprendizajes**.
8. Se debe **informar a la familia** de los factores predisponentes y de la historia natural de la otitis media secretora, incluyendo una advertencia sobre otras secuelas que se pueden presentar y el posible desarrollo de otitis medias agudas secundarias, además de la necesidad de hacer un seguimiento de la evolución del niño.
9. Si se indica un **tratamiento quirúrgico** para la otitis media secretora:
 - a) en el caso de niños menores de 4 años, se recomienda la colocación de **tubos de drenaje transtimpánico, sin adenoidectomía**, a no ser que existan síntomas de hipertrofia adenoidea.
 - b) en niños mayores de 4 años, se recomienda la colocación de **tubos de drenaje y adenoidectomía**.
10. En el tratamiento de la otitis media secretora **no se aconseja** el uso de esteroides sistémicos o intranasales, ni de antibióticos, antihistamínicos, descongestivos u otros tratamientos para la alergia, tratamiento antirreflujo, inmunomoduladores y probióticos. Tampoco se recomienda el uso de homeopatía u otras terapias alternativas.

9. TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.

Situaciones de riesgo que comprometen el desarrollo del niño por la coexistencia de una otitis media secretora

- Hipoacusia permanente independiente de la otitis media secretora
- Síndromes o trastornos craneofaciales que ocasionan retrasos cognitivos, del habla y/o del lenguaje
- Ceguera o problema visual no susceptible de tratamiento
- Trastornos del espectro autista y otros trastornos del neurodesarrollo
- Retraso o trastorno del habla y/o del lenguaje (sospechado o confirmado)

(Modificada de Rosenfeld, 2016)

Tabla 2.

Recomendaciones para la realización de una timpanometría

- Intolerancia del niño a la otoscopia neumática
- Falta de experiencia en la realización de otoscopia neumática
- Dificultad para ver la membrana timpánica por obstrucción parcial de cera
- Dificultad en visualizar la membrana por CAE estrecho o con estenosis
- Dudas en la presencia de OMS por resultados equívocos de la otoscopia neumática
- Necesidad de excluir OMS en niños en situaciones de riesgo
- Necesidad de confirmar OMS antes de la cirugía

(Modificada de Rosenfeld, 2016)

Tabla 3.

Complicaciones en la colocación de drenajes transtimpánicos (DTT)

- Otorrea (16-26 %)
- Obstrucciones del DTT (7 %)
- Perforaciones residuales (2-3 %)
- Introducción en el oído medio (0,5 %)
- Colesteatomas residuales (<1 %), aunque hay evidencia de su disminución al tratar las otitis medias secretoras con DTT
- Extrusiones prematuras de los DTT (44 %)
- Otro tipo de alteraciones de la membrana (timpanosclerosis, atrofas, etc.) no suelen tener repercusiones sobre la audición

Tabla 4.

Pautas y estrategias de comunicación con niños con pérdidas auditivas

LLAMAR SU ATENCIÓN

- Antes de empezar a hablar, llamar su atención y esperar a que esté mirando para empezar a hablar
- Si hay más de una persona o se trata de una conversación en grupo, respetar los turnos entre los interlocutores e indicar quién habla cada vez

HABLAR DE FRENTE

- Situar siempre a la altura del niño
- Hablar de frente. No dar la espalda
- Hablar sin ningún objeto, caramelo o chicle en la boca y sin taparla con las manos mientras se habla
- Evitar que la luz le deslumbre

HABLAR CON NATURALIDAD

- Hablar con naturalidad, vocalizando pero sin exagerar, con un ritmo tranquilo. Ni demasiado despacio, ni demasiado deprisa
- Hablar sin gritar, en un tono de voz normal
- Hablar con frases completas, contextualizadas y usando palabras conocidas

HABLAR CON TRANQUILIDAD

- Repetir el mensaje, asegurando que ha sido comprendido, con frases más sencillas
- Facilitar la comprensión con dibujos, palabras escritas o gestos naturales
- Contestar a sus preguntas. Escucharle siempre. Darle tiempo para hablar y para responder
- No interrumpir la interacción comunicativa aunque se produzcan errores en el lenguaje

OTRAS ESTRATEGIAS

- Estar atentos a sus intereses e intenciones comunicativas, a los objetos y actividades que le gustan, observando sus reacciones, su actitud en respuesta al estímulo y sus producciones de habla en esos contextos
- Evitar corregirle directa y frecuentemente si algo lo pronuncia mal o confunde los términos. De forma natural, repetir la palabra que ha equivocado en nuevas frases que le aporten más información. Es importante ofrecer modelos de lenguaje correctos
- Controlar ambiente: estancias bien iluminadas y poco ruidosas, bajando el volumen de la televisión, reproductores de música, etc. mientras se habla
- Situarle donde pueda ver al profesor y a la mayoría de compañeros, ya sea en un círculo, en las primeras filas... dependiendo de la actividad del aula y de los juegos

(Revisado y actualizado de Jáudenes, 1984)

Figura 1.
Curvas de timpanometría, según Jerger

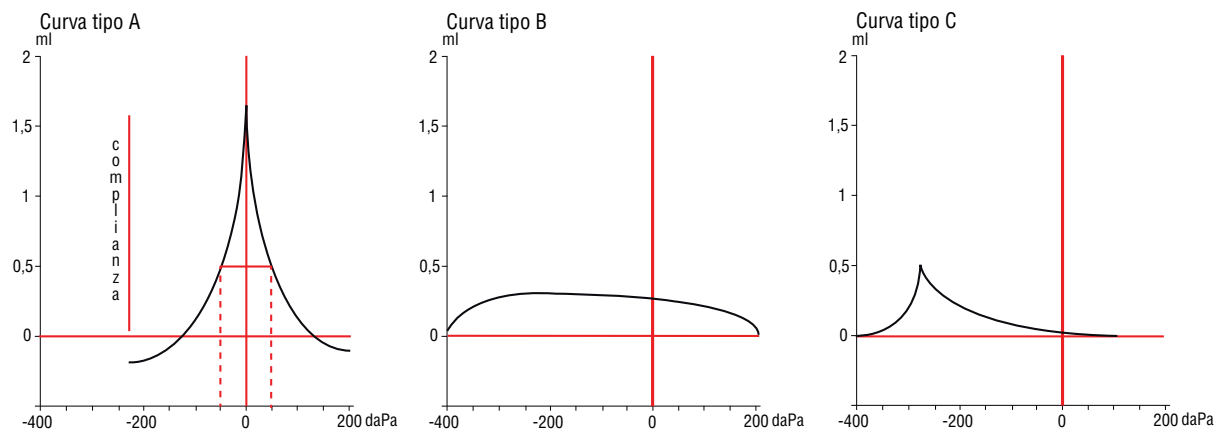
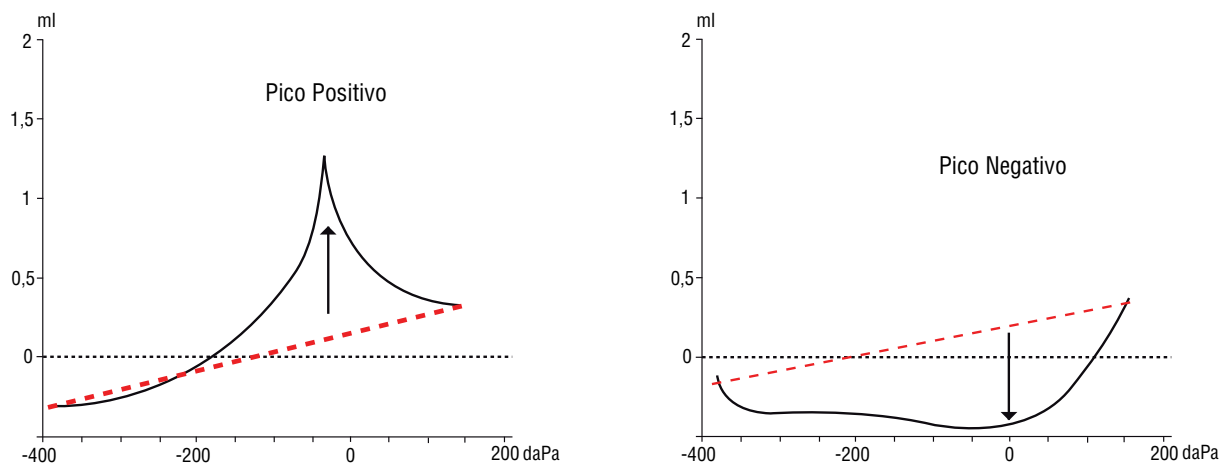


Figura 2.
Timpanograma con sonda de 1 kHz, según clasificación de Baldwin



10. BIBLIOGRAFÍA

- Abbott P. et ál. (2014): "The effect and acceptability of tympanometry and pneumatic otoscopy in general practitioner diagnosis and management of childhood ear disease". *BMC Fam Pract*; 15: 181.
- Alper CM. (2016): "Efficacy of nasal balloon autoinflation for otitis media with effusion". *J Pediatr*; 168: 255.
- American Academy of Family Physicians, et ál. (2004): "Otitis media with effusion". *Pediatrics*; 113: 1412-29.
- American Academy of Pediatrics JColH (2007): "Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs". *Pediatrics*; 120(4): 898-921.
- Antoli-Candela, J. et ál. (2013): *Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la otitis seromucosa infantil*. Madrid: Asociación Madrileña de Otorrinolaringología (AMORL).
- El-Anwar MW. et ál. (2015): "The efficacy of nasal steroids in treatment of otitis media with effusion: a comparative study". *Int Arch Otorhinolaryngol*; 19: 298-301.
- Baldwin M. (2006): "Choice of probe tone and classification of trace patterns in tympanometry undertaken in early infancy". *Int J Audiol*; 45(7): 417-27.
- Banigo A. et ál. (2016): "Does the EarPopper® device improve hearing outcomes in children with persistent otitis media with effusion? A randomised single-blinded controlled trial". *Clin Otolaryngol*; 41: 59-65.
- Van Balen FA. y de Melker RA. (2000): "Persistent otitis media with effusion: can it be predicted? A family practice follow-up study in children aged 6 months to 6 years". *J Fam Pract*; 49(7): 605-11.
- Berkman ND. et ál. (2013): *Otitis media with effusion: comparative effectiveness of treatments. Comparative effectiveness review N° 101*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ publication 13- EHC091-EF.
- Bhargava R. y Chakravarti A. (2014): "A double-blind randomized placebo-controlled trial of topical intranasal mometasone furoate nasal spray in children of adenoidal hypertrophy with otitis media with effusion". *Am J Otolaryngol*; 35: 766-70.
- Bhutta MF. (2014): "Epidemiology and pathogenesis of otitis media: construction of a phenotype landscape". *Audiol Neurotol*; 19: 210-23.
- Bidarian A. (2016): "Autoinflation reduces middle ear effusion in children with otitis media with effusion". *Evid Based Med*; 21: 65.
- Blanshard JD. et ál. (1993): "Conservative treatment of otitis media with effusion by autoinflation of the middle ear". *Clin Otolaryngol Allied Sci*; 18: 188.
- Boone RT. et ál. (2005): "Failed newborn hearing screens as presentation for otitis media with effusion in the newborn population". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 69: 393-7.
- Boonacker CW. et ál. (2014): "Adenoidectomy with or without grommets for children with otitis media: an individual patient data meta-analysis". *Health Technol Assess*; 18(5): 1-118.
- Boudewyns A. et ál. (2011): "Otitis media with effusion: an underestimated cause of hearing loss in infants". *Otol Neurotol*; 32: 799-804.
- Brouwer CN. et ál. (2005): "Health-related quality of life in children with otitis media". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 69: 1031-41.
- Browning GG. et ál. (2010): "Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 10: CD001801.
- Calderon R. y Naidu S. (1999): "Further support for the benefits of early identification and intervention for children with hearing loss". *Volta Rev*; 100: 53-84.
- Casselbrant ML. y Mandel EM. (2003): "Epidemiology", in Rosenfeld RM. y Bluestone CD. (eds.): *Evidence-Based Otitis Media*. 2nd ed. Hamilton, Canada: BC Decker Inc: 147-62.
- Cengel S. y Akyol MU. (2006): "The role of topical nasal steroids in the treatment of children with otitis media with effusion and/or adenoid hypertrophy". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 70: 639-45.
- Cervera J. et ál. (2006): "Indications for tonsillectomy and adenoidectomy: consensus document by the Spanish Society of ORL and the Spanish Society of Pediatrics". *Acta Otorrinolaringol Esp*; 57(2): 59-65.
- CODEPEH (Núñez et ál.) (2014): "Sorderas diferidas y sobrevenidas en la infancia: Recomendaciones CODEPEH 2014" *Revista FIAPAS, octubre-diciembre N° 151, Separata (documento íntegro), 3ª edición 2016*.
- Davcheva-Chakar M. et ál. (2015): "Adenoid vegetations - reservoir of bacteria for chronic otitis media with effusion and chronic rhinosinusitis". *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*; 36: 71-6.
- Elwyn G. et ál. (2013): "Option Grids: shared decision making made easier". *Patient Educ Couns*; 90(2): 207-12.
- Ertugay CK. et ál. (2013): "Effect of combination of montelukast and levocetirizine on otitis media with effusion: a prospective, placebo-controlled trial". *Acta Otolaryngol*; 133: 1266-72.
- FIAPAS (Jáudenes, C. et ál.) (2006): *Dossier de prevención y atención precoz de los problemas auditivos en edad escolar (4ª ed. 2010)*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- FIAPAS (Jáudenes, C. y Patiño, I.) (2007): *Dossier divulgativo para familias con hijos/as con discapacidad auditiva. Información básica para el acceso temprano a la lengua oral (3ª ed. 2016)*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- Gates GA. et ál. (1987): "Effectiveness of adenoidectomy and tympanostomy tubes in the treatment of chronic otitis media with effusion". *N Engl J Med*; 317(23): 1444-51.
- Griffin GH. et ál. (2007): *Antihistamínicos y descongestivos para la otitis media exudativa (OME) en niños (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Softtd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>, acceso 20 de junio de 2016. (Traducida de The Cochrane Library Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Griffin G. y Flynn CA. (2011): "Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion (OME) in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 9:CD003423.
- Group MRCM-COMS (2009): "Air-conduction estimated from tympanometry (ACET) 1: relationship to measured hearing in OME". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 73(1): 21-42.
- Haggard M. (1999): "Commentary: plausible candidates for treatment of glue ear-is one issue really three?" *BMJ*; 318: 1178.
- Harrison H. et ál. (1999): "A randomized comparison of homeopathic and standard care for the treatment of glue ear in children". *Complement Ther Med*; 7: 132.
- Heidemann CH. et ál. (2016): "Danish guidelines on management of otitis media in preschool children". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 87: 154-63.
- Van Hoecke H. et ál. (2016): "Haemophilus influenzae biofilm formation in chronic otitis media with effusion". *Eur Arch Otorhinolaryngol Mar 5*. [Epub ahead of print].
- Idrula WK. et ál. (2016): "Identification of biofilms in post-tympanostomy tube otorrhea". *Laryngoscope*; 126(8): 1946-51.
- Iino Y. et ál. (1999): "Efficacy of tympanostomy tube insertion for otitis media with effusion in children with Down syndrome". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 49: 143-9.
- Jacobs J. et ál. (2001): "Homeopathic treatment of acute otitis media in children: a preliminary randomized placebo-controlled trial". *Pediatr Infect Dis J*; 20: 177.

- Jáudenes C. (2004): "Signos de alerta en el comportamiento del bebé y del niño" en (Jáudenes, C. et ál.): *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*. (5ª ed. 2013). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- Jerger J. (1970): "Clinical experience with impedance audiometry". *Arch Otolaryngol*; 92(4): 311-24.
- Jung TTK. et ál. (2013): "Panel 8: complications and sequelae". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 148(4)(suppl): E122-E143.
- Kaleida PH. y Stool SE. (1992): "Assessment of otoscopists' accuracy regarding middle-ear effusion. Otoloscopic validation". *Am J Dis Child*; 146(4): 433-5.
- Karkanevatos A. y Lesser TH. (1998): "Grommet insertion in children: a survey of parental perceptions". *J Laryngol Otol*; 112: 732-41.
- Karma PH. et ál. (1989): "Otosopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 17(1): 37-49.
- Kay DJ. et ál. (2001): "Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 124(4): 374-80.
- Khavarghazalani B. et ál. (2016): "Auditory processing abilities in children with chronic otitis media with effusion". *Acta Oto-Laryngologica*; 136: 456-9.
- Klein JO. y Pelton S. (2016): *Otitis media with effusion* (en línea). In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. <<http://www.uptodate.com>>, acceso 20 de junio de 2016.
- Lannon C. et ál. (2011): "Quality measures for the care of children with otitis media with effusion". *Pediatrics*; 127: e1490.
- Lee DH. (2010): "How to improve the accuracy of diagnosing otitis media with effusion in a pediatric population". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 74(2): 151-3.
- De Luca Canto G. et ál. (2015): "Adenotonsillectomy complications: A meta-analysis". *Pediatrics*; 136(4): 702-18.
- Luo H. et ál. (2015): "The expression and clinical significance of pepsin and pepsinogen in patients with otitis media with effusion". *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*; 29: 1252-5.
- Macknin ML y Jones PK. (1985): "Oral dexamethasone for treatment of persistent middle ear effusion". *Pediatrics*; 75: 329.
- El-Makhzangy AM. et ál. (2012): "Can vaccination against pneumococci prevent otitis media with effusion?" *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 269: 2021-6.
- Mandel EM. et ál. (2008): "The incidence, prevalence and burden of OM in unselected children aged 1-8 years followed by weekly otoscopy through the 'common cold' season". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 72: 491-9.
- Marchisio P. et ál. (2008): "Otitis media with effusion and hearing loss in children with Cornelia de Lange Syndrome". *Am J Hum Genet Part A*; 146A: 426-32.
- Maris M. et ál. (2014): "A cross-sectional analysis of otitis media with effusion in children with Down syndrome". *Eur J Pediatr*; 173: 1319-25.
- McCoul ED. et ál. (2011): "A prospective study of the effect of gastroesophageal reflux disease treatment on children with otitis media". *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 137: 35-41.
- Mena EA. et ál. (2016): "High frequency tympanometry (1000 Hz) in young infants and its comparison with otoacoustic emissions, otomicroscopy and 226 Hz tympanometry". *Acta Otorrinolaringol Esp*; 67(6): 306-14.
- Mikals SJ. y Brigger MT. (2014): "Adenoidectomy as an adjuvant to primary tympanostomy tube placement: a systematic review and meta-analysis". *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*; 140(2): 95-101.
- Miura MS. et ál. (2012): "Association between otitis media and gastroesophageal reflux: a systematic review". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 146: 345-52.
- MSSSI (2006): *Campaña para el uso racional de los antibióticos*. Ministerio de Sanidad y Consumo (en línea). <<http://www.antibioticos.msssi.gob.es/PDF/antibioticos.pdf>>, acceso 6 de septiembre de 2016.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Surgical management of otitis media with effusion in children* (en línea). <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG60NICEguideline.pdf>>, acceso 20 de junio de 2016.
- Nguyen LH. et ál. (2004): "Adenoidectomy: selection criteria for surgical cases of otitis media". *Laryngoscope*; 114(5): 863-6.
- Nozza RJ. et ál. (1992): "Towards the validation of aural acoustic immittance measures for diagnosis of middle ear effusion in children". *Ear Hear*; 13(6): 442-53.
- Núñez F. et ál. (2016): "Recomendaciones CODEPEH 2014: detección precoz de la hipoacusia diferida, diagnóstico audiológico y adaptación audioprotésica y atención temprana". *Acta Otorrinolaringol Esp*; Jan-Feb 67(1): 45-53.
- O'Connor SS. et ál. (2016): "Plain language summary: otitis media with effusion". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 154: 215-25.
- Ortega P. et ál. (2005): "The effect of AM3 in the resolution of otitis media with effusion (OME) in pediatric patients". *Acta Otorrinolaringol Esp*; 56: 1-5.
- Paradise JL. et ál. (1997): "Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life". *Pediatrics*; 99: 318-33.
- Patel MM. et ál. (2008): "Assessment of acute otitis externa and otitis media with effusion performance measures in otolaryngology practices". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 139: 490.
- Pedrero MF. et ál. (2016): "Hospital clinical trial: homeopathy (Agraphis nutans 5CH, Thuya occidentalis 5CH, Kalium muriaticum 9CH and Arsenicum iodatum 9CH) as adjuvant, in children with otitis media with effusion". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 88: 217-23.
- Perera R. et ál. (2013): "Autoinflation for hearing loss associated with otitis media with effusion". *Cochrane Database Syst Rev*; 5: CD006285.
- Di Piero F. et ál. (2012): "Preliminary pediatric clinical evaluation of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12 in preventing recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by *Streptococcus pyogenes* and recurrent acute otitis media". *International Journal of General Medicine*; 5: 991-7.
- Ponduri S. et ál. (2009): "The management of otitis media with early routine insertion of grommets in children with cleft palate: a systematic review". *Cleft Palate Craniofac J*; 46: 30-8.
- Principi N. et ál. (2016): "Otitis media with effusion: benefits and harms of strategies in use for treatment and prevention". *Expert Rev Anti Infect Ther*; 14: 415-23.
- Qureishi A. et ál. (2014): "Update on otitis media: prevention and treatment". *Infect Drug Resist*; 7: 15-24.
- Rakover Y. et ál. (2000): "Comparison of the incidence of cholesteatoma surgery before and after using ventilation tubes for secretory otitis media". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 56(1): 41-4.
- Roberts JE. et ál. (2000): "Otitis media in childhood in relation to preschool language and school readiness skills among black children". *Pediatrics*; 106: 725-35.
- Roberts JE. et ál. (2004): "Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies". *Pediatrics*; 113: e238-e248.
- Roos K. et ál. (2001): "Effect of recolonisation with 'interfering' alpha streptococcal recurrences of acute and secretory otitis media in children: randomised placebo controlled trial". *BMJ*; 322: 1-4.
- Rosa-Olivares J. et ál. (2015): "Otitis media: to treat, to refer, to do nothing: a review for the practitioner". *Pediatr Rev*; 36: 480-6.
- Rosenfeld RM. y Post JC. (1992): "Meta-analysis of antibiotics for the treatment of otitis media with effusion". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 106: 378.

- Rosenfeld RM. et ál. (2000): "Impact of tympanostomy tubes on child quality of life". *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 126: 585-92.
- Rosenfeld RM. y Kay D. (2003): "Natural history of untreated otitis media". *Laryngoscope*; 113: 1645-57.
- Rosenfeld RM. et ál. (2004): "Clinical practice guideline: otitis media with effusion". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 130: S95-S118.
- Rosenfeld RM. et ál. (2011): "Tympanostomy tube outcomes in children at-risk and not at-risk for developmental delays". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 75(2): 190-5.
- Rosenfeld RM. et ál. (2013): "Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 149: S1-S35.
- Rosenfeld RM. et ál. (2016): "Clinical practice guideline: Otitis media with effusion (Update)". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 154 (5): S1-S41.
- Rovers MM. et ál. (2004): "Otitis media". *Lancet*; 363: 465-73.
- Ruben R. (2003): "Host susceptibility to otitis media sequelae" in: Rosenfeld RM, Bluestone CD. (eds.): *Evidence-Based Otitis Media*. 2nd ed. Hamilton, Canada: BC Decker Inc: 2003: 505-14.
- Ruben RJ. (2011): "Otitis media: the application of personalized medicine". *Otolaryngol Head Neck Surg*; 145: 707-12.
- Schilder AGM. et ál. (2004): "International perspectives on management of acute otitis media: a qualitative review". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 68: 29-36.
- Schoem SR. et ál. (2010): "A prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind study of montelukast's effect on persistent middle ear effusion". *Ear Nose Throat J*; 89: 434-7.
- Sheahan P. et ál. (2002): "Sequelae of otitis media with effusion among children with cleft lip and/or cleft palate". *Clin Otolaryngol*; 27: 494-500.
- Shekelle P. et ál. (2002): "Diagnosis, natural history, and late effects of otitis media with effusion". *Evid Rep Technol Assess (Summ)*; (55): 1-5.
- Shiao AS. y Guo YC. (2005): "A comparison assessment of videotoescopy for diagnosis of pediatric otitis media with effusion". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 69(11): 1497-502.
- SIGN (2003): *Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (en línea). <<http://www.sign.ac.uk>>, acceso 20 de junio de 2016.
- Simpson SA. et ál. (2007): "Identification of children in the first four years of life for early treatment for otitis media with effusion". *Cochrane Database Syst Rev*; 1: CD004163.
- Simpson SA. et ál. (2011): "Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 5: CD001935.
- Skovbjerg S. et ál. (2009): "Spray bacteriotherapy decreases middle ear fluid in children with secretory otitis media". *Arch Dis Child*; 94: 92.
- Stool SE. et ál. (1994): *Otitis media with effusion in young children: clinical practice guideline no. 12*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHCPR publication 94-0622.
- Tawfik SA. et ál. (2016): "Role of bacterial biofilm in development of middle ear effusion". *Eur Arch Otorhinolaryngol*; May 27. [Epub ahead of print].
- Thomas CL. et ál. (2006): "Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 3: CD001935.
- Todberg T. et ál. (2014): "Incidence of otitis media in a contemporary Danish National Birth Cohort". *PLOS One*; 9: e111732.
- Torres S. (2004): "Fundamentos lingüísticos e intervención logopédica" en (Jáudenes, C. et ál.): *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*. (5ª ed. 2013). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- Torres S. (2004): "Fundamentos para la intervención en el desarrollo del lenguaje oral y escrito" en (Jáudenes, C. et ál.): *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*. (5ª ed. 2013). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- Torres S. (2016): "Entrevista a Santiago Torres". *Revista FIAPAS*; 157: 14-7.
- Venekamp RP. et ál. (2015): "Antibiotics for acute otitis media in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 6: CD000219.
- Venekamp RP. et ál. (2016): "Antibiotics for otitis media with effusion in children". *Cochrane Database Syst Rev*; Jun 12. (6): CD009163.
- Villalba A. (2004): "Implicaciones de la sordera: repercusiones en el desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social" en (Jáudenes, C. et ál.): *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*. (5ª ed. 2013). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
- Vlastarakos PV. et ál. (2007): "Grommets in otitis media with effusion: the most frequent operation in children. But is it associated with significant complications?" *Eur J Pediatr*; 166(5): 385-91.
- Wallace IF. et ál. (2014): "Surgical treatments for otitis media with effusion: a systematic review". *Pediatrics*; 133(2): 296-311.
- Williams RL. et ál. (1993): "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*; 270: 1344.
- Williamson I. et ál. (1994): "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*; 108: 930-4.
- Williamson I. (2002): "Otitis media with effusion". *Clin Evid*; 7: 469-76.
- Williamson I. et ál. (2009): "A double-blind randomized placebo-controlled trial of topical intranasal corticosteroids in 4 to 11 year-old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care". *Health Technol Assess (Winch Eng)*; 13: 1-144.
- Williamson I. (2011): "Otitis media with effusion in children". *BMJ Clin Evid*; Jan 12, pii: 0502.
- Williamson I. et ál. (2015): "Effect of nasal balloon autoinflation in children with otitis media with effusion in primary care: an open randomized controlled trial". *CMAJ*; 187: 961-9.
- Williamson I. et ál. (2015): "An open randomised study of autoinflation in 4 to 11 year-old school children with otitis media with effusion in primary care". *Health Technol Assess*; 19: 1-150.
- Zielenik B. y Stankiewicz W. (2016): "Evaluation of the interleukin-1 receptor antagonist and immunoregulatory interleukin-10 in the middle ear in chronic otitis media with effusion in children with and without atopy clinical exp". *Otorhinolaryngol*; 9: 104-8.
- Van Zon A. et ál. (2012): "Antibiotics for otitis media with effusion in children". *Cochrane Database Syst Rev*; 9: CD009163.



FIAPAS

CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA
DE FAMILIAS
DE PERSONAS SORDAS

Canales accesibles para denunciar el acoso escolar

Desde el pasado mes, está en funcionamiento el número de teléfono que el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte ha habilitado para denunciar los casos de acoso escolar (900 018 018).

A instancias de FIAPAS, a través de CERMI, el Ministerio contempló también la posibilidad de habilitar otros canales de comunicación que permitan a las personas con discapacidad auditiva y/o de habla poder efectuar denuncias de la misma manera que el resto de ciudadanos.

FIAPAS recuerda la importancia de que el equipo que atienda este servicio tenga la formación adecuada para atender a personas con discapacidad

En este sentido, es posible usar este servicio a través de la aplicación de mensajería instantánea TELEGRAM (600 909 703). Este sistema de mensajería instantánea puede instalarse en ordenadores, tabletas y móviles y se caracteriza por permitir la privacidad de las conversaciones.

Además, se ha habilitado una dirección de Skype (acosoescolar) para que se pueda contactar a través de videoconferencia. El Skype, igualmente, se puede instalar en ordenadores, tabletas y móviles.

Al igual que el teléfono, estos canales funcionarán las 24 horas del día, los 365 días del año y estarán atendidos

Atención a casos de acoso en centros educativos



900 018 018



600 909 073



acoso escolar

Canales de atención para personas con discapacidad auditiva



por profesionales de psicología, juristas, sociólogos y trabajadores sociales. También serán gratuitos y no se reflejarán en la factura.

CONTRA CUALQUIER TIPO DE ACOSO

Los destinatarios son los alumnos, padres, madres y tutores legales, profesores, equipos directivos y personal de los centros docentes y, en general, cualquier persona que tenga conocimiento de casos de malos tratos o acoso en el ámbito escolar, tanto dentro como fuera del centro docente.

Se incluyen también los casos de ciberacoso, así como el ámbito internacional en los centros del Ministerio en el exterior, centros de convenio y programas internacionales.

La intención del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte es llegar a todos los menores y a todos los supuestos de malos tratos en el ámbito escolar.

En cualquier caso, FIAPAS recuerda, además, la importancia de que el equipo humano que esté al frente cuente con formación suficiente y adecuada para atender a grupos de población más vulnerables, como las personas con discapacidad.

Más información en:

<http://www.mecd.gob.es/educacionmecd/mc/convivencia-escolar/inicio.html>

Un año más en la campaña institucional de la ONCE

"No seas mi límite" ha sido el lema de la nueva Campaña Institucional de la ONCE y su Fundación. El objetivo es llamar la atención sobre la valía de las personas con discapacidad para desempeñar un puesto laboral, pues el 74 % de las personas con discapacidad no tiene trabajo.

FIAPAS se encarga de dar visibilidad a las personas sordas usuarias de prótesis auditivas que comunican en lenguaje oral, para dejar claro que, a pesar de las barreras que se encuentran, las personas sordas pueden, como aparece en el spot, llegar a ocupar un puesto directivo.



Mira el spot:



El bucle magnético llega a la Catedral de la Almudena



Joaquín Iniesta, deán del Cabildo de la Catedral de Madrid; Alberto Durán, vicepresidente ejecutivo de Fundación ONCE; Mercedes Jaraba, directora del Real Patronato sobre Discapacidad; Alberto Andrés Domínguez, canciller-secretario del Arzobispado y Raquel Prieto, gerente de FIAPAS, durante la presentación del sistema.

La Catedral de Santa María la Real de la Almudena de Madrid ya es más accesible gracias al sistema de bucle magnético que fue presentado el pasado mes de noviembre. En concreto, el bucle se encuentra ubicado en la zona del altar mayor de la Virgen de la Almudena. De su instalación se ha encargado ILUNION Sociosanitario, que ha contado con la asesoría de FIAPAS para que ésta se ajustara a la normativa vigente.

La instalación de un bucle magnético en la Catedral de Santa María la Real de la Almudena ha sido posible gracias a un acuerdo de colaboración suscrito por Fundación ONCE y la Conferencia Episcopal Española (CEE), en diciembre de 2015, para colocar estos dispositivos en iglesias repartidas por toda España. Así, la Catedral de Zamora ha sido el último templo en contar con este sistema.

La accesibilidad por bucle magnético se está extendiendo cada vez más. Recientemente se ha presentado el sistema con el que cuentan las dependencias policiales de Cantabria.

Por una educación de calidad y equidad para todos los niños y niñas

FIAPAS se sumó al Manifiesto por la equidad en la educación, promovido por Save the Children, Plena Inclusión, Fundación Secretariado Gitano y Fundación Tomillo.

Las entidades promotoras instan a que la equidad sea el epicentro del debate para un futuro pacto de Estado por la educación, que

asegure un sistema justo, inclusivo, plenamente financiado y de calidad que permita el ejercicio del derecho a la educación.

Por ello, FIAPAS no puede quedarse al margen y se adhiere a esta iniciativa por la que se insta a que el Sistema Educativo de nuestro país garantice el derecho a una educación inclusiva y de calidad para todos.

Más información: www.savethechildren.es/actualidad/pacto-educativo



NO SEAS MI LÍMITE

ESTOY PREPARADA PARA SER LO QUE QUIERO SER

EL 74% DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD NO TIENE TRABAJO.
EN LA ONCE Y SU FUNDACIÓN LES AYUDAMOS A QUE SE SIENTAN
Y SEAN UNO MÁS EN LA SOCIEDAD.

SI QUIERES CONOCER LAS HISTORIAS PERSONALES QUE HAY DETRÁS DE ESTA CAMPAÑA, ENTRA EN noseasmilimite.com



DÍA INTERNACIONAL Y EUROPEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El CERMI pide la refundación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Con motivo del Día Internacional y Europeo de las Personas con Discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) hizo público un Manifiesto en el que reclamaba la continuidad, consolidación y el desarrollo efectivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) para dar respuesta a las necesidades de las personas con disca-

padidad y personas mayores, que precisan apoyos intensos para su autonomía individual, la vida independiente y su inclusión social.

En este sentido, el CERMI planteaba a las fuerzas políticas un gran pacto de Estado, que redefina lo que debería ser un auténtico y efectivo dispositivo de derechos sociales para las personas, incluyendo niños y niñas, que precisen también apo-

yos intensos para su autonomía personal. Este modelo propuesto, señala el CERMI, tendría que insertarse dentro de la Seguridad Social para garantizar la igualdad y la equidad territoriales y contar con la financiación suficiente, sin copagos.

Consulta aquí el Manifiesto al completo



Conociendo el trabajo de las personas con discapacidad

Dentro de los actos de conmemoración de este día, la ministra de Empleo y Seguri-

dad Social, Fátima Báñez, se reunió en uno de los centros de ILUNION Hoteles con una

representación del CERMI, en la que estaba Carmen Jáudenes, directora de FIAPAS, para hablar

sobre la situación laboral de las personas con discapacidad y conocer el trabajo de ILUNION.

La alegría de la diferencia

Este día también hubo hueco para los más pequeños. Belén, miembro del Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS, acompañada de Raquel Prieto, gerente de FIAPAS, participó,

junto a otros niños y niñas con discapacidad, en la presentación del cuento 'María, la alegría en la diferencia'. Un acto promovido por la eurodiputada por UPyD, Maite Pagazaurtundua.



El sector de la discapacidad hace llegar sus demandas a la ministra de Sanidad

Se habló de la situación de discriminación de las prótesis auditivas dentro de la Cartera Ortoprotésica

Al poco de ser nombrada, Dolors Montserrat, la nueva ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mantuvo una reunión con el CERMI. Al encuentro también asistió el nuevo secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Mario Garcés.

El presidente del CERMI Estatal, Luis Cayo Pérez Bueno, acompañado por representantes de distintas entidades miembro de la plataforma representativa de la discapacidad en España, entre ellas Carmen Jáudenes, directora de FIAPAS, trasladó las demandas de las personas con discapacidad de cara a esta legislatura.

Adoptar medidas para incrementar la empleabilidad en el grupo social de las personas con discapacidad; aplicar en



todas las políticas públicas una perspectiva común de género y discapacidad; reformar el Catálogo Ortoprotésico; eliminar discriminaciones que sufren las personas con discapacidad en aspectos como contraer matrimonio o formar parte de un jurado popular, y progresar en materia de accesibilidad universal,

reformando por ejemplo la Ley de Propiedad Horizontal, fueron algunas de las propuestas que el presidente del CERMI puso encima de la mesa.

Por su parte, la ministra Dolors Montserrat resaltó su “compromiso para mantener una colaboración con el CERMI directa y diaria”.

Desbloquear los asuntos pendientes con las personas sordas

FIAPAS confía en que la nueva responsable de Sanidad tenga en cuenta los asuntos pendientes que su Ministerio mantiene con las personas sordas, sobre todo los referidos a las prótesis auditivas. Tal es el caso de la renovación de todos los componentes externos de los implantes cocleares y la cobertura de las baterías. Y, en el caso de los audífonos, la necesidad de ampliar la cobertura de la prestación más allá del actual límite de edad establecido en los 16 años, discriminación por razón de edad injustificable desde cualquier punto de vista y que no se hace en el caso de ninguna otra prótesis externa financiada por el Sistema Nacional de Salud.

Compromiso con el Tercer Sector

La ministra participó, también, en la clausura de la Asamblea General de la Plataforma del Tercer Sector, celebrada en la sede de Cáritas en Madrid, junto al secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Mario Garcés. En el acto, al que acudió Carmen Jáudenes, directora de FIAPAS, como parte de representación del CERMI en dicha Asamblea, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, se comprometió a seguir trabajando “codo con codo” con las organizaciones del Tercer Sector para la defensa de los derechos sociales y la búsqueda de soluciones para los más desfavorecidos.

La situación de las personas con discapacidad llega al Congreso



LA PRESIDENTA CONOCIÓ LAS DEMANDAS DEL CERMI

El CERMI también tuvo oportunidad de llevar sus demandas a la presidenta del Congreso, Ana Pastor. Durante el encuentro, celebrado en la Cámara Baja, el CERMI agradeció que en esta legislatura se haya vuelto a constituir la Comisión de Políticas Integrales de la Discapacidad. El CERMI hizo hincapié en su ofrecimiento para colaborar, junto a sus organizaciones miembro, con el Congreso de los Diputados en la mejora continua de las condiciones de accesibilidad universal de los espacios, servicios, canales de relación y procedimientos de la Cámara Baja.

El presidente del CERMI, Luis Cayo Pérez Bueno, pidió en el mes de noviembre, durante su comparecencia ante la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad del Congreso de los Diputados, mayor inversión y cambios legislativos para cambiar la situación que viven las per-

sonas con discapacidad en España. El representante del CERMI demandó, entre otras cuestiones, la completa inclusión de las personas con discapacidad en el sistema educativo español y que sean los propios interesados o sus padres quienes decidan a qué centro quieren acudir.

Breves

Sesión de trabajo de las estructuras de apoyo del CERMI

La sede de Fundación COCEMFE en Madrid acogió en noviembre la sesión de trabajo "Estructuras de Apoyo de los órganos de Gobierno del CERMI Estatal para el mandato 2016-2020". Según explicó el presidente del CERMI, Luis Cayo Pérez, el objetivo de la sesión era tener un conocimiento más detallado sobre el funcionamiento de las comisiones, grupos de trabajo, las redes, asesorías, las federaciones y toda la constelación de apoyos del CERMI.

A la misma asistió Carmen Jáudenes, directora de FIAPAS, como responsable de coordinación de la Comisión de Educación del CERMI, que preside Jose Luis Aedo, presidente de FIAPAS.



Momento de la inauguración del Congreso.

Logroño acogió el XII Congreso de CERMIS autonómicos

Bajo el lema "Innovación social para la inclusión. Aportaciones desde la discapacidad territorial organizada", se celebró, el pasado mes de noviembre, en Logroño, el XII Congreso de CERMIS autonómicos. De la mano de destacados ponentes, se fueron sucediendo distintas mesas para analizar diferentes cuestiones que afectan a unos cuatro millones de personas con discapacidad y a sus familias en España.

Acceso a la **INFORMACIÓN** y al **CONOCIMIENTO** para la **INCLUSIÓN** y la **PARTICIPACIÓN SOCIAL**



para **PERSONAS** con **DISCAPACIDAD AUDITIVA**

Hacemos accesibles espacios, actos públicos
y materiales audiovisuales

- Subtitulado • Retransmisión on-line accesible • Bucle magnético



www.fiapas.es

sacfiapas@fiapas.es

Equipo de Soporte del SAC-FIAPAS en Cataluña
equipodesoporte.sac@fiapas.es

ASPASOR - Álava

Lo que nos cuentan las paredes

Como broche a la campaña de divulgación que ha estado realizando estos meses, la asociación desarrolló una exposición itinerante para mostrar a través de fotografías consejos para comunicarse con las personas sordas.



APADA - Asturias

Concienciando sobre las personas sordas

Con motivo del Día Internacional de las Personas Sordas, APADA-Asturias fue la protagonista, durante la última semana de septiembre, del Espacio Solidario del CC. Intu Asturias.

Se trata de un espacio audiovisual permanente y gratuito al servicio de las organizaciones sin ánimo de lucro que lo deseen para informar y sensibilizar sobre la labor que realizan.

ADABA - Badajoz

Banco de audífonos

Desde ADABA se está diseñando un banco de audífonos para dar respuesta a una de las demandas realizadas por nuestros usuarios.

Una de sus modalidades es el préstamo de audífonos,

cediendo durante un tiempo delimitado el uso de audífonos a usuarios posibles candidatos a implante coclear o a aquellos en los que el dictamen técnico especifique la duda ante el mismo. Asimismo, se podrá

donar audífonos a los usuarios que no pueden acceder a ellos por su situación económica o por falta de ayudas.

Durante este año, se han realizado dos donaciones y un préstamo con la colaboración

de diferentes casas comerciales que, de manera altruista, han revisado y puesto a punto los audífonos y han realizado el estudio, la adaptación protésica y las revisiones sin coste para el usuario.

Colaboración para que el turismo sea para todos

Con motivo del Día Mundial del Turismo, ADABA colaboró en una visita adaptada para personas con discapacidad por los monumentos históricos de Almendralejo.

Destaca la labor como guía turístico de uno de los asociados, alumno del programa @prendicext, y miembro de ADABA JUVENTUD.

Isabel Rodríguez, T.S. ADABA

ACOPROS – La Coruña

Erasmus +, rumbo a Bulgaria



ACOPROS ha participado por primera vez en el programa europeo Erasmus +.

Gracias a la colaboración de la Asociación de Padres de Niños Sordos de Bulgaria, tuvo la oportunidad de participar en el Proyecto "Color of life". El objetivo es posibilitar la convivencia de jóvenes sor-

dos, familias, amigos y voluntarios de diferentes países europeos compartiendo actividades.

Los países participantes fueron Bulgaria, Lituania, Polonia y España. Como responsable

del grupo de España, decir que ha sido una maravillosa oportunidad y quiero aprovechar para dar las gracias a todos los participantes por su ilusión, compromiso y colaboración. En concreto a mis chicos y chicas por haber aprovechado esta experiencia al máximo y ser ejemplo de que, si se quiere, se puede.

Inés Ruiz, SAAF-ACOPROS

Sensibilizando

La Xunta de Galicia, a través de la Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado, colabora con ACOPROS para sensibilizar a los ciudadanos sobre la discapacidad auditiva. Por eso, un grupo de seis jóvenes con dicha discapacidad intentará impulsar la donación de audífonos para nuestro Banco de Audífonos.

Autoempleo con apoyo

En ACOPROS estamos finalizando el Programa de Inserción Socio-Laboral "Autoempleo con Apoyo en la Discapacidad Auditiva" con la colaboración de la Consejería de Política Social de

la Xunta de Galicia y cofinanciado en parte por el Fondo Social Europeo y por el Fondo Social Europeo de Desarrollo Regional, con el objetivo de promover la inclusión social y luchar contra la pobreza y

cualquier forma de discriminación. En este sentido, se han realizado itinerarios de inserción en los que se ha ofrecido información y apoyo individualizado con el fin de culminar proyectos de autoempleo.

FAPAS Castilla y León

X Encuentro de Familias

Con motivo del X Encuentro de Familias de la Federación de Asociaciones de Padres y Amigos del Sordo de Castilla y León (FAPAS Cy L), el último fin de semana de septiembre, un total de 99 personas del movimiento asociativo de ARANSBURGOS, ASPAS-Salamanca, ASEFAS-Segovia, ASPAS-Valladolid y ASFAS-León compartieron dos días de convivencia en León.

No sólo hubo diversión, también momentos para la formación para las familias a cargo de Patricia Starczewska, de GAES, quien informó de los últimos avances en prótesis y recordó la importancia de su buen mantenimiento para que funcionen a la perfección.

*Raquel Roldán-Carmen Mª Llamazares
Equipo Técnico de ASFAS-León*

ASPANPAL Murcia

El atleta Javier Martínez suma y sigue

El joven atleta murciano Javier Martínez ha sumado nuevos éxitos a su palmarés deportivo al obtener la medalla de oro en la prueba de 1.500 m sub 23 en los campeonatos de Europa de Atletismo para sordos, celebrados en septiembre en la ciudad alemana de Karlsruhe.

EUNATE - Navarra

Teatro y talleres por el Día Internacional de las Personas Sordas

Conscientes de que la participación es necesaria para concienciar a la sociedad sobre las necesidades que tienen las personas sordas, EUNATE-Navarra celebró varias actividades. Una de ellas fue una representación teatral, en colaboración con el grupo Asimetría Teatro, en el que participa una de las socias de la asociación navarra. Asimismo, celebró una gran fiesta en el centro de Pamplona a la que asistieron Ainhoa

Aznárez, presidenta del Parlamento de Navarra; María Teresa Saez y Nuria Medina, representantes de Podemos y del PSOE en el Parlamento de Navarra, respectivamente; las ediles del Ayuntamiento de Pamplona, Edurne Eguino, del Área de Acción Social y Desarrollo Comunitario, Maite Esporrín por el PSN y Esther Cremaes, de Geroa Bai; así como Valentin Fortun, presidente del Consejo Territorial de la ONCE.

Ignacio Toni, Presidente



Uno de los momentos de la fiesta de EUNATE.

Laura y Estíbaliz, sin límites



Estíbaliz durante su experiencia europea.



Laura con sus compañeros del campus inclusivo.

Laura y Estíbaliz, dos jóvenes socias de EUNATE-Navarra, tuvieron la oportunidad de vivir dos experiencias dirigidas a mejorar la inclusión de las personas con discapacidad.

CAMPUS SIN LÍMITE

Laura fue seleccionada para participar en el "Programa Campus Inclusivos. Campus sin límites. Convocatoria 2016" de la Universidad de Navarra. Se trata de un proyecto financiado por Fundación Repsol, Fundación ONCE y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para incrementar la presencia activa de personas con discapacidad y/o

necesidades específicas de apoyo educativo en las universidades españolas a través de la convivencia y realización conjunta de actividades académicas y de ocio.

CAMPUS EUROPE

Estíbaliz, por su parte, tomó parte en el "Campus Inclusivo Europe. INnet Campus 2016", en la Universidad de Amberes (Bélgica). La iniciativa se llevó a cabo con la financiación del programa Erasmus + de la Comisión Europea. Se trata de una acción conjunta de la Fundación ONCE, como coordinadora del Proyecto, la Universidad de

Granada, la Universidad de Lisboa y el Artesis-Plantijn Hoogeschool (Amberes, Bélgica), con el objetivo de prevenir el abandono escolar temprano, promover el acceso de la gente joven con discapacidad a la universidad, promover la movilidad internacional de este grupo de estudiantes y ayudar a las universidades Europeas a identificar oportunidades de mejora en sus campus para que estén mejor equipadas para ofrecer una formación universitaria inclusiva y en igualdad de oportunidades para todos los estudiantes.

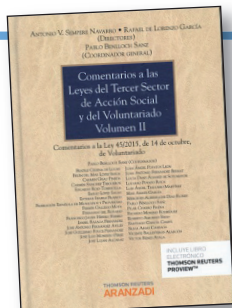
Tanto para una, como para la otra de las participantes, ha sido una grata experiencia.

COMENTARIOS A LAS LEYES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL Y DEL VOLUNTARIADO (VOLUMEN I Y II)

Directores: Rafael de Lorenzo y Antonio V. Sempere Navarro
Coordinadores: Pablo Benlloch Sanz y Luis Cayo Pérez Bueno
Edita: Aranzadi

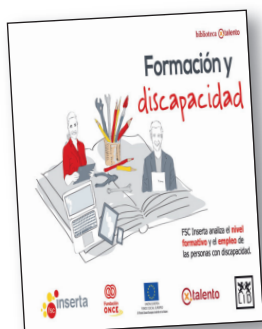
Esta obra se presenta en dos volúmenes con los que se pretende analizar la situación socioeconómica del Tercer Sector de Acción Social y la realidad del voluntariado en España. En el primer volumen se analiza de forma sistemática todas las cuestiones jurídicas relacionadas con la nueva Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social y se aporta una visión completa e integral sobre esta innovación normativa en el ordenamiento jurídico español.

En el segundo volumen se recoge un análisis técnico-jurídico ordenado, completo, actualizado y realista de todos los profesionales que trabajan en el sector del voluntariado, así como de reputados académicos, sobre la nueva Ley de Voluntariado.



FORMACIÓN Y DISCAPACIDAD

Autores: Varios
Editorial: LID Editorial Empresarial
Año: 2016



¿Qué papel desempeña la formación académica en la empleabilidad de las personas con discapacidad? ¿Qué otras variables entran en juego y afectan a este colectivo en riesgo de exclusión? Las respuestas a estas preguntas se encuentran en este estudio realizado con el objetivo de ayudar a optimizar las oportunidades de inserción laboral del colectivo de la discapacidad.

Además, en este trabajo, FSC Inserta aporta un completo análisis de la relación que existe entre los conceptos de formación y empleo, de las necesidades que presenta el sector de la discapacidad, de los obstáculos a los que se enfrenta, así como de las oportunidades laborales que existen para un colectivo que se ha visto particularmente perjudicado en este momento complejo de la economía.

Disponible en:
<http://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/procedencia/coleccion-propias/formacion-y-discapacidad>

FIAPAS / 159
2016

LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y SU GESTIÓN COMO ELEMENTOS IMPRESCINDIBLES PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

Autor: Javier Miranda Erro
Edita: Ediciones CINCA
Año: 2016

Una de las principales conclusiones a las que se llega en este trabajo de investigación sobre la accesibilidad universal es que ésta ha comenzado a considerarse, en el plano jurídico, como un presupuesto esencial para el ejercicio de los derechos fundamentales y, así se evidencia con el desarrollo normativo sobre esta materia en los últimos tiempos.

Además, este trabajo puede ser de enorme utilidad no sólo para los teóricos y los académicos que deseen acercarse al tema sino, también, para las instituciones y los colectivos que trabajan en el ámbito de la accesibilidad universal.

Disponible en:
http://www.convenciondiscapacidad.es/ColeccionONU_new/Miranda.pdf



EDUCACIÓN INCLUSIVA Y VIDA INDEPENDIENTE

Autores: Irene Tosi, Laura Peláez, Lucia D'Orazio, Malen Larrañaga, Elba Saavedra y Eduardo Baeza
Edita: Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas (Universidad Carlos III de Madrid)
Año: 2016

En el presente texto se pretende evidenciar cómo los niños con discapacidad viven en una situación de vulnerabilidad y ven mermado su derecho a la educación en igualdad de oportunidades, lo que trae consecuencias negativas para el ejercicio de otros derechos, especialmente, el de la vida independiente.

Para evitar estas consecuencias, el documento brinda las bases para la construcción de un modelo social que valore la diversidad y haga posible una práctica educativa inclusiva, donde todos tengan valor y posibilidad de aprender, desarrollarse y enriquecer la convivencia.

Disponible en:
<http://foros-sija.uc3m.es/index.php/UNIV/article/view/3178/1836>



“La implicación de mis padres y su trabajo constante han hecho que mi sordera no sea un impedimento”

Por **Marcos Pereira**



Con mes y medio de vida a Marcos le detectaron una sordera profunda y a los cuatro meses le adaptaron unos audífonos. Hoy es el primer alumno con sordera que estudia en la Real Escuela Superior de Arte Dramático.

Marcos durante el doblaje de su personaje en “On Fologüers”.

Esta es la historia de mi vida: con mes y medio, los médicos me detectaron sordera profunda y, a partir de los cuatro meses, me adaptaron mis primeros audífonos y empecé a recibir logopedia hasta los ocho años.

Ha sido un camino largo y duro, pero la implicación y el trabajo constante de mis padres han logrado que mi profunda sordera no se convirtiera en un impedimento, lo que para mí es lo más normal del mundo, pues mucha gente se sigue sorprendiendo por mi buena dicción y escucha. Esto demuestra que, con sacrificio, ilusión y duro trabajo, nada es imposible.

EL SISTEMA FM ES INDISPENSABLE

En mi trayectoria académica contaba con un equipo de FM, que me facilitó mucho las clases. Nunca quise ponérmelo pero, con el paso del colegio al Instituto, descubrí que era indispensable para un buen rendimiento académico.

“Con sacrificio, ilusión y duro trabajo, nada es imposible”

Tras la Secundaria por fin llegó el momento de cumplir mi sueño desde que tengo uso de razón: estudiar Interpretación en la Real Escuela

Superior de Arte Dramático (RESAD), convirtiéndome así en el primer alumno con sordera que estudia en esta institución. Ahora, es cuestión de seguir adelante y formarme en esta profesión.

Esta ilusión de estudiar interpretación se debe a mi madre. Ella quiso que me apuntara a una actividad extraescolar cuando yo tenía cinco años. Le hablaron del teatro y buscó escuelas hasta dar con la Escuela de Artes Escénicas Tritón, donde empecé mi trayectoria interpretativa. Mi madre nunca pensó que apuntarme a esa escuela se vería reflejado en mi decisión universitaria y lo hizo para que yo pasara tiempo divirtiéndome

y que el teatro me ayudara a ser más extrovertido y llegar a ser la persona que soy a día de hoy.

“A simple vista nadie se percata de nuestro problema y esto puede que nos dificulte las acciones más cotidianas”

LOS AUDÍFONOS SON PARTE DE MÍ

En todos estos años, aunque el destino me lo haya puesto fácil, no quita que me encontrara con diversos obstáculos. Siempre tenía estas preguntas en mi cabeza: “¿qué dirán si me ven los audífonos?, ¿me rechazarán por eso?”. Todos los niños sordos nos hemos hecho estas preguntas en nuestra vida pero, con el paso del tiempo, descubrimos que es algo tan normal como el que lleva gafas. No es nada malo, sólo una parte de ti. Aún así nos encontramos barreras en la sociedad. Como a simple vista nadie se percata de nuestro problema, esto puede que nos dificulte las acciones más cotidianas. No es mi caso, pero seguro que muchas personas sordas se encuentran con obstáculos diarios. Si todos nosotros escribiéramos una anécdota de cualquier problema que hayamos tenido por la sordera, la sociedad se sorprendería.



Marcos junto a Toni, su personaje en la serie.

La voz de Toni en “On Fologüers”

Marcos ya ha tenido su primera experiencia profesional poniendo voz a Toni, un joven sordo usuario de audífono que trabaja de mecánico, y que es uno de los personajes de la serie de Fundación ONCE “On Fologüers”.

La serie, que se distribuye a través de Internet y las redes sociales de Fundación ONCE, pretende promover la normalización de las personas con discapacidad y mostrar la discapacidad sin que se hable de ella.

Los personajes de la serie, que consta de ocho capítulos, son jóvenes con y sin discapacidad que desarrollan su vida en distintos entornos y protagonizan tramas, para dar a conocer las barreras a las que deben hacer frente en su día a día.

Mira el capítulo de la serie:



“Todos y cada uno de nosotros somos diferentes y eso es lo que hace que el mundo sea un lugar interesante”

CONCIENCIAR ES IMPORTANTE

No somos marginados sociales, aunque en ciertos momentos podamos sentir que la sociedad no sabe cómo afrontar el problema por el desconocimiento del mismo. Algo tan simple como anuncios de concienciación po-

drían acercar más a la gente a sentir curiosidad por nosotros: por cómo oímos, cómo es nuestro día a día, etc. O exposiciones sobre la sordera harían que la gente tome conciencia de lo que supone la sordera en las personas. Hay infinitas posibilidades para dar a conocer más a fondo nuestra situación. Pero lo más importante y lo primero que tiene que hacer la sociedad es abrir su mente y aceptar a todos y cada uno de nosotros, pero no sólo a los sordos, sino a todo tipo de individuos. Todos y cada uno de nosotros somos diferentes y eso es lo que hace que el mundo sea un lugar interesante.



■ JEFATURA DEL ESTADO

- REAL DECRETO-LEY 7/2016, de 23 de diciembre, por el que se regula el mecanismo de financiación del coste del bono social y otras medidas de protección al consumidor vulnerable de energía eléctrica. (BOE nº 310, 24-12-16)
- REAL DECRETO-LEY 6/2016, de 23 de diciembre, de medidas urgentes para el impulso del Sistema Nacional de Garantía Juvenil. (BOE nº 310, 24-12-16)

■ CORTES GENERALES

- RESOLUCIÓN de 21 de diciembre de 2016, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de convalidación del Real Decreto-ley 5/2016, de 9 de diciembre, de medidas urgentes para la ampliación del calendario de implantación de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. (BOE nº 314, 29-12-16)

■ MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

- ORDEN ECD/1808/2016, de 3 de noviembre, por la que se dictan normas para la aplicación del régimen de conciertos educativos a partir del curso académico 2017/2018 en las ciudades de Ceuta y Melilla. (BOE nº 282, 22-11-16)
- ORDEN ECD/1663/2016, de 11 de octubre, por la que se regulan las pruebas de acceso a la universidad de las personas mayores de 25 o de 45 años de edad, así como el acceso mediante acreditación de experiencia laboral o profesional, en el ámbito de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. (BOE nº 1251, 17-10-16)

■ MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

- RESOLUCIÓN de 22 de agosto de 2016, de la Secretaría de Estado de Empleo, por

la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de agosto de 2016, por el que se aprueba el Plan Anual de Política de Empleo para 2016, según lo establecido en el artículo 11.2 del texto refundido de la Ley de Empleo, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre. (BOE nº 210, 31-08-16)

■ MINISTERIO DE ECONOMÍA, TURISMO Y AGENDA DIGITAL

- REAL DECRETO 602/2016, de 2 de diciembre, por el que se modifican el Plan General de Contabilidad aprobado por el Real Decreto 1514/2007, de 16 de noviembre; el Plan General de Contabilidad de Pequeñas y Medianas Empresas aprobado por el Real Decreto 1515/2007, de 16 de noviembre; las Normas para la Formulación de Cuentas Anuales Consolidadas aprobadas por el Real Decreto 1159/2010, de 17 de septiembre; y las Normas de Adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades sin fines lucrativos aprobadas por el Real Decreto 1491/2011, de 24 de octubre. (BOE nº 304, 17-12-16)

■ MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA Y PARA LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES

- REAL DECRETO 746/2016, de 30 de diciembre, sobre revalorización y complementos de pensiones de Clases Pasivas y sobre revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones sociales públicas para el ejercicio 2017. (BOE nº 316, 31-12-16)

■ ANDALUCÍA

- LEY 10/2016, de 27 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2017. (BOJA nº 248, 29-12-16)

- LEY 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. (BOJA nº 248, 29-12-16)

■ CANTABRIA

- ORDEN HAC/33/2016, de 22 de agosto de 2016, por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones destinadas a financiar los costes laborales y de Seguridad Social derivados de la contratación indefinida de trabajadoras y trabajadores de las unidades de apoyo a la actividad profesional en los centros especiales de empleo. (BOC nº 172, 06-09-16)
- ORDEN HAC/34/2016, de 22 de agosto de 2016, por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones del programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. (BOC nº 172, 06-09-16)

■ CASTILLA-LA MANCHA

- ORDEN de 15/04/2016, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se regula la evaluación del alumnado en Bachillerato en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. [2016/4480] (DOCLM nº 80, 27-04-16)

■ CASTILLA Y LEÓN

- LEY 1/2016, de 13 de octubre, por la que se modifica la Ley 2/2015, de 4 de marzo, por la que se aprueba el Estatuto del Consumidor de Castilla y León. (BOE nº 272, 10-11-16)

■ GALICIA

- LEY 15/2016, de 28 de julio, del Plan gallego de Estadística 2017-2021. (BOE nº 217, 08-09-16)
- LEY 8/2016, de 8 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia. (BOE nº 217, 08-09-16)

■ MADRID

- ORDEN 3295/2016, de 10 de octubre, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid los Programas de Mejora del Aprendizaje y del Rendimiento en la Educación Secundaria Obligatoria. (BOCM nº 265, 04-nov-16)
- ORDEN 3357/2016, de 17 de octubre, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se ordenan y organizan para las personas adultas las enseñanzas del Bachillerato en los regímenes nocturno y a distancia en la Comunidad de Madrid. (BOCEM nº 264, 3-11-16)

■ PAÍS VASCO

- LEY 613/2016, de 28 de julio, de Turismo. (BOE nº 219, 10-09-16)
- DECRETO 127/2016, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo del Bachillerato y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco. (BOPV nº 182, 23-09-16)

■ LA RIOJA

- LEY 1/2016, de 13 de octubre, por la que se modifica la Ley 2/2015, de 4 de marzo, por la que se aprueba el Estatuto del Consumidor de Castilla y León. (BOE nº 272, 10-11-16)
- ORDEN 13/2016, de 18 de octubre, de la de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, por la que se regulan las Enseñanzas de Bachillerato para personas adultas en centros docentes de la Comunidad Autónoma de La Rioja. (BOLR nº 121, 21-10-16)
- ORDEN 11/2016 de 25 de agosto, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, por la que se regulan las enseñanzas de Educación Secundaria para personas adultas en centros docentes de la Comunidad Autónoma de La Rioja. (BOLR nº 101, 02-09-16)

En la página web de FIAPAS www.fiapas.es se pueden consultar los datos de Legislación en su última actualización.

NOVIEMBRE

III CONGRESO INTERNACIONAL UNIVERSIDAD Y DISCAPACIDAD

Organiza: Fundación ONCE

Informa: Viajes 2000, S.A. Dpto. de Congresos. C/ Pechuán, 1. 28002 Madrid

Tel.: 91 323 78 14 - 91 323 78 15 - Fax: 91 14 73 07 - mcrui@viajes2000.com - congresociud@viajes2000.com - http://ciud.fundaciononce.es

Días 10 y 11
Madrid

XXI JORNADAS DE FORMACIÓN DE LAS PERSONAS SORDAS EN MODALIDAD ORAL

Organiza e Informa: Federación de Asociaciones Catalanas de Padres y Personas Sordas (ACAPPS). C/ Providencia, 42. 4ª plta. 08024 Barcelona

Tel.: 93 210 86 27 - www.acapps.org

Día 12
Barcelona

XIII JORNADA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN DEL AUDIÓLOGO PROTÉSICO

Organiza e Informa: Asociación Nacional de Audioprotesistas - ANA. C/ Clot, 192 entresuelo 2. 08027 Barcelona

Tel.: 93 408 20 96 - www.audioprotesistas.org

Día 12
Madrid

III JORNADAS SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA

Organiza e Informa: Asociación de Padres y Amigos de los Sordos (ASPANSOR). C/ Altozano, 13. Bajo. 29013 Málaga

Tel.: 952 65 17 31 / 695 92 01 00 - www.aspansormalaga.org

Días 12 y 13
Málaga

CONGRESO NACIONAL DE TECNOLOGÍAS DE LA ACCESIBILIDAD (CENTAC)

Organiza e Informa: CENTAC. Pº de la Castellana, 163 Bajo. 28046 Madrid

Tel.: 91 279 17 82 - Fax: 91 579 07 89 - informacion@centac.es - www.centac.es

Días 14 y 15
Zaragoza

II JORNADA CIENTÍFICA DE REFLEXIÓN. "ESTUDIOS SOBRE LA SITUACIÓN DEL ALUMNADO CON SORDERA EN ESPAÑA"

Organiza e informa: FIAPAS. C/ Pantoja, 5 (Local). 28002 Madrid

Tel.: 91 576 51 49 - Fax: 91 576 57 46 - fiapas@fiapas.es



Días 25 y 26
Madrid

II CONGRESO INTERNACIONAL: "X ANIVERSARIO DE LA CONVENCIÓN DE NUEVA YORK SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: DIEZ AÑOS AVANZANDO CONCEPTOS, DENUNCIANDO INCUMPLIMIENTOS"

Organiza e informa: Fundación General de la Universidad de Valladolid

<https://formacion.funge.uva.es>

Días 29 y 30
Valladolid

DICIEMBRE

JORNADA 2006-2016: 10 AÑOS DE LA LEY 39/2006, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: ¿MÁS Y MEJOR PROTECCIÓN SOCIAL UNA DÉCADA DESPUÉS?

Organiza e informa: Comité Español de representantes de personas con discapacidad (CERMI). C/ Recoletos, 1. Bajo. 28001 Madrid

Tel.: 91 360 16 78 - Fax: 91 429 03 17 - cermi@cermi.es - www.cermi.es

Días 15 y 16
Madrid

JORNADA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DISCAPACIDAD. HACIA UNA ATENCIÓN PERSONALIZADA

Organiza e informa: Gobierno Regional de Murcia y Asociación AVIDA.

Tel.: 968 35 76 92 - <http://bit.ly/2g9C1io>



Días 15 y 16
Murcia

AÑO 2017

ENERO

ACÚFENOS (RUIDOS QUE NO CESAN). EVENTO SUBTITULADO EN DIRECTO

Organiza e Informa: Asociación San Francisco de Sales de Hipoacúsicos - C/ Ramón J. Sender, 9. Huesca

Tel.: 974 22 77 83 - direccionhipoacusicos@gmail.com

Día 19
Huesca

I CONGRESO NACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA. "RETOS EDUCATIVOS, SOCIALES, TECNOLÓGICOS Y DE LA SALUD EN ATENCIÓN TEMPRANA"

Organiza e Informa: ASPROMIN - C/ Cartagena, s/n. 21006 Huelva

Tel.: 959 22 40 07 - Fax: 9359 24 68 06 - congreso@aspromin.org - www.aspromin.org

Días 27 y 28
Huelva

FEB.

CURSO: CONECTIVIDAD EN IMPLANTES COCLEARES Y AUDÍFONOS

Organiza e Informa: Universidad de Navarra (Dpto. Otorrinolaringología-Audiología) - C/ Irunlarrea, 1. 31008 Pamplona

Tel.: 948 42 56 00 - Secretaría curso: agancino@unav.es

Día 3
Pamplona



Evento accesible para personas con discapacidad auditiva a través del Servicio de Apoyo a la Accesibilidad-FIAPAS

En la página web de FIAPAS www.fiapas.es se pueden consultar los datos de Agenda en su última actualización.

Deseo suscribirme a la revista **FIAPAS**

(4 números/año al precio de 15 € para España y Portugal; y 30 € para el extranjero).

DATOS DEL SUScriptor (ESCRIBIR CON LETRA CLARA)

ENTIDAD.....

NOMBRE..... APELLIDOS.....

DOMICILIO: calle/plaza/avda.

número.....escalera.....piso.....puerta.....Población.....

C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____

País (sólo extranjeros).....E-mail.....

RELACION CON LAS PERSONAS SORDAS

☐ Padre/madre ☐ Profesional (específiques profesión)

☐ Profesor ☐ Asociación (especifíquese tipo asociación)

☐ Afectado ☐ Entidad/Organismo

☐ Otros _____

FORMA DE PAGO

☐ Domiciliación bancaria (Sólo para España –**por favor, sírvanse comunicar esta orden de pago a su banco**–)

☐ Transferencia al Banco de Sabadell Atlántico. Código IBAN: ES57 0081 5077 7400 0101 6606
C/ Núñez de Balboa, 20. 28001 Madrid (España)

☐ Giro postal

☐ Cheque bancario (**EXTRANJEROS**: debe ser un cheque pagadero en un Banco Español a nuestro favor).

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR BANCO

Ruego acepten con cargo a mi cta.cte. los recibos que presenta al cobro FIAPAS, en concepto de mi suscripción a la revista FIAPAS mientras no reciban orden en contra.

Firma de la persona autorizada o de la entidad (con sello):

Datos del titular

ENTIDAD

NOMBRE APELLIDOS

Datos del Banco

Nombre del Banco/Caja Teléfono

Domicilio del Banco: calle/plaza/avda. n°

Población C.P. Provincia

Código
IBAN

- Mediante la cumplimentación y firma del formulario consiento expresamente que mis datos personales sean incorporados en el fichero **Suscripciones Revista FIAPAS** responsabilidad de FIAPAS para la finalidad “gestión de las suscripciones a la revista FIAPAS”. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus propios datos personales dirigiendo una comunicación por escrito a FIAPAS, Calle Pantoja nº 5, local. 28002 Madrid.

Firma: _____



NUESTROS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES SE REALIZAN GRACIAS A LA FINANCIACIÓN Y LA COLABORACIÓN DE:

Ministerio de Sanidad, Servicios, Sociales e Igualdad

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades.
Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado.
Secretaría de Estado de Cultura.

Real Patronato sobre Discapacidad

Fundación ONCE

Fundación Vodafone

- **GAES - Oticon - Resound (Grupo GN)**



Más sobre FIAPAS





QUE LO ESCUCHE
TODO EL MUNDO

La primera impresión no es la que cuenta



#QueLoEscucheTodoElMundo

#LaImpresiónNoCuenta

www.queloescuchetodoelmundo.com



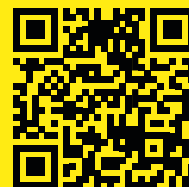
Una iniciativa de



Con la colaboración de



Depósito Legal:
M-29331-2016



Pantoja 5 (Local) · 28002 Madrid/91 5765149/Servicio Telesor/fiapas@fiapas.es-www.fiapas.es