

PROTOCOLO DE NORMAS DE ATENCION SEGÚN NIVELES, CON ENFOQUE DE INTEGRACION DE LA ATENCION

Servicio de Salud Metropolitano Norte
Hospital de Niños Roberto del Río
C.A.E.: UNIDAD DE OTORRINGOLARIGOLOGÍA
Programa de Apoyo a la Atención Primaria

OTITIS MEDIA AGUDA

Otitis Media Aguda (OMA), es la inflamación del oído medio, trompa de Eustaquio y la caja timpánica.

En la OMA existe fluido en oído medio, asociado con signos o síntomas de enfermedad aguda local o sistémica. Los signos acompañantes pueden ser específicos como otalgia y otorrea; o inespecíficos como la fiebre.

Debe distinguirse de la Otitis Media con Efusión de oído medio, en la cual hay ausencia de signos o síntomas de infección aguda.

La Otitis Media Aguda es una de las enfermedades más comunes en la infancia, con la excepción de las infecciones respiratorias altas.

En diferentes estudios se ha comprobado que en niños desde recién nacidos hasta los 7 años de edad, un 85% ha tenido al menos un cuadro de Otitis Aguda. También se considera que al menos un 25% del total de los antibióticos prescritos lo han sido para cuadros de otitis Media Aguda.

I.- ATENCION PRIMARIA

I.a.-DIAGNOSTICO:

I.a.1.- Anamnesis:

En el lactante menor, la sintomatología es inespecífica y en ellos se manifiesta por irritabilidad que puede exacerbarse con la deglución de líquidos y alimentos; trastorno del sueño, manipulación de la oreja (tocaciones del pabellón auricular). Si bien en el lactante la fiebre es ocasional, en el niño mayor, también suele estar ausente. La Otitis puede estar inserta dentro de un cuadro previo de infección respiratoria superior y entonces presentarse con fiebre alta.

La costumbre común de presionar el tragus para ver si el lactante presenta dolor, es una práctica *inadecuada, por su baja especificidad*; en todo caso esta maniobra produce movilidad del tímpano sólo hasta los 2 años, mientras el conducto auditivo externo, que lo sustenta, tiene estructura cartilaginosa.

I.a.2.-Examen físico:

Otoscopía: membrana timpánica eritematosa, la cual puede presentarse como asociada a infecciones virales del tracto respiratorio superior y a veces por la congestión local de un niño con llanto desconsolado. Además, en la Otitis puede verse el tímpano opaco; engrosado y o abombado. La otoscopia neumática permite apreciar alteración de la movilidad de la membrana timpánica. El abombamiento del tímpano con enrojecimiento, y fluido visible a través de él, constituyen hallazgos significativo. La presencia de vesículas orienta a pensar en *Mycoplasma* o virus.

En estados más avanzados puede romperse la membrana timpánica y aparecer secreción purulenta en el conducto auditivo.

La timpanocentesis no es de uso rutinario, empleándose en casos especiales de complicaciones o necesidad de diagnóstico etiológico ante fracaso terapéutico.

Con los antecedentes y examen físico se establece el diagnóstico y se inicia tratamiento.

I.a.3.- Exámenes de laboratorio:

No son de utilidad práctica.

I.b.- TRATAMIENTO:

I.b.1.- Antibiótico:

En la etiología de las Otitis media tiene un rol muy importante la infección viral del tracto respiratorio superior, lo cual desencadena una sucesión de trastornos de la mucosa, que conducen a la complicación de Otitis media, ya sea con presencia de solo virus o con una mezcla de infección bacteriana y respuesta inflamatoria local. Existen estudios que demuestran que los virus como: rinovirus; parainfluenza A; influenza A y sincicial respiratorio, aislados - no asociados a presencia de bacterias - pueden causar alrededor de un tercio de las otitis.

Entre las bacterias predominan: streptococcus pneumoniae (El más común en todas las edades), H. Influenzae cepas no capsuladas y Moraxella catarrhalis (Estas últimas con frecuencia predominante de resistencia a betalactámicos). Con menor prevalencia aparece el estreptococcus beta hemolítico; Mycoplasma pneumoniae y la Chlamydia trachomatis. Además, deben considerarse los virus, causantes frecuentes de las enfermedades respiratorias, como agentes etiológicos sin asociación con bacterias.

Se ha observado que la mayoría de los episodios de recurrencia de Otitis agudas media, en el mes siguiente al término del tratamiento del cuadro inicial, corresponden a nuevas infecciones y aunque la mayoría de los casos de relapsos ocurren en los 14 días siguientes al término de la terapia, también en ese lapso corresponden a infecciones por patógenos distintos.

Debido al progresivo aumento de la incidencia de patógenos multiresistentes y los datos en relación al uso excesivo de antimicrobianos, asociado a la aparición de resistencia, se plantea limitar su uso en casos de Otitis Media aguda (OMA). Las guías terapéuticas europeas y Holandesas, sugieren - en la actualidad - no usar de inmediato antibióticos en episodios de OMA, sino que reservarlos a aquellos casos en los que no hay una evolución favorable luego de uno a tres días de observación. Por otra parte, la Academia Americana de Pediatría resalta la importancia del diagnóstico adecuado, con otoscopía neumática y la presencia de otalgia, fiebre o síntomas sistémicos, ya que la sola presencia de líquido en oído medio, es evidencia de otitis media con efusión y no de OMA; la efusión es fenómeno habitual de encontrar luego de una OMA y puede persistir por varias semanas (Se estima que 90% se resuelve espontáneamente en el curso de 3 meses).

En la actualidad no existen estudios categóricos sobre la seguridad de dejar sólo bajo observación a niños menores de 2 años de edad con OMA. Por ello, la conducta expectante debería quedar reservada para niños mayores de esa edad, sin concomitancia de fiebre, dolor local intenso o pus en el oído medio.

Según un estudio chileno, de Rosemblut, recientemente publicado, el *S. Pneumoniae* es - en concordancia con lo expuesto anteriormente - el patógeno relativamente más importante dentro de las bacterias aisladas, con un porcentaje de alrededor de 30% de resistencia a Penicilina. En todo caso, si se considera la prevalencia que alcanza este germen en la etiología de las OMA, los casos de remisión espontánea de las OMA (alrededor de 80%) y las dosis de antibiótico útil para los gérmenes de mediana y baja resistencia, **la Amoxicilina es la droga de primera línea, usada en dosis de 75 a 90 mg/Kg/día** por 10 días, en pacientes menores de 2 años, sin historia previa de alergia al fármaco y sin haber sido sometidos a tratamiento antibiótico previo. En los niños mayores de 2 años con OMA no complicadas (ej.: sin perforación, sin historia de OMA a repetición o crónica), sus tratamientos podrían acortarse a 5 - 7 días.

Los fracasos del tratamiento antibiótico, con persistencia de las manifestaciones clínicas, pueden deberse a una serie de factores (adherencia, anatomía local, alergia, patología concomitante,...). En caso de fracaso clínico, en que al tercer día de tratamiento el paciente no mejora o persista otorrea; o en que continúe el cuadro febril con empeoramiento del estado general del paciente; o se produzca recurrencia durante el período del mes siguiente a un tratamiento previo, se recomienda: si es posible la derivación a Nivel Secundario; el uso de la combinación de Amoxicilina (90 mgr/Kg/día) con Ácido Clavulánico o Sulbactam. También puede usarse cefalosporinas de segunda generación como Cefuroximo (30 a 40 mgr/Kg/día) o Ceftriaxona i.m. o e.v. por 3 días.

Cabe recordar que la sola presencia de líquido en el oído medio, al término del tratamiento antibiótico, por 2 a 3 meses después no se considera falla terapéutica (otitis media con efusión).

En circunstancia de alergia conocida a la Amoxicilina se debería usar una Cefalosporina : Cefaclor 40 mgr/Kg/día fraccionado c/8 horas (máximo 1 g/día); Cefuroximo 125 mg y 250 mgr/día fraccionado c/12 horas, respectivamente en lactantes y niños mayores. Este tratamiento, debe mantenerse por 10 días. También puede ser útil - según se disponga - el uso de la asociación de Eritromicina con Sulfisoxazol (dosis calculada según Eritromicina); de Claritromicina (15 mg/Kg/día, dividido en 2 dosis, por 10

días) ; y Azitromicina (10 mg/Kg/día x 3 días o 10 mg/Kg x 1 día más 5 mg/Kg/día x 4 días).

1.b.2.- Antipirético/analgésico:

Se puede agregar analgésico/antipirético, pero no están indicadas las gotas óticas. El calor local, en la otitis sin otorrea, es un buen coadyuvante para disminuir el dolor.

1.b.3.- Descongestionantes de la mucosa nasal: no tienen utilidad demostrada en el tratamiento.

I.c.- REFERENCIA A NIVEL SECUNDARIO:

Se referirá a nivel secundario cuando se presenten algunos de los siguientes síntomas / signos:

Otitis Media Aguda:

1. En que luego del tratamiento antibiótico indicado, no mejora o persista otorrea;
2. En que persista el cuadro febril con empeoramiento del estado general del paciente;
3. En que persista irritabilidad reiterada, aunque no sea permanente;
4. Cuando después de 2 ó 3 semanas se mantenga el tímpano opaco o abombado, movilidad timpánica disminuida o simplemente nula;
5. En que ocurra hipoacusia persistente;
6. Cuando se presente más de una recurrencia en el curso del mes después del primer tratamiento; 3 o más episodios diferentes y bien comprobados en 6 meses; 4 o más de estos episodios en 12 meses.
7. Cuando exista persistencia de efusión en oído medio por 3 o más meses.

II.- ATENCION SECUNDARIA

- Diagnóstico etiológico; cultivo de secreción ótica;
- Tratamiento antibiótico según corresponda;
- Pesquisa de derrame persistente por más de 15 días e hipoacusia; asociada; prolongación de terapia antimicrobiana por 4 semanas. Eventual asociación con Prednisona 1 mg/Kg/día :c/12 horas por 1 semana;
- Instalación de "colleras" cuando el derrame persiste por más de 6 semanas, asociado a hipoacusia mayor a 20 decibeles.

- Estudio de factores agregados - locales o generales - que favorezcan la persistencia o recurrencias de cuadros infecciosos.
- Tratamiento quirúrgico en los casos que sea necesario ; ya sea del cuadro ótico, sus complicaciones; así como del o los factores predisponentes.

CONTRARREFERENCIA:

Se referirán para continuar en control primario, aquellos niños que hayan superado la condición que motivó la atención a Nivel Secundario, con solución de la patología de base , con examen ótico dentro de lo normal y audiometría normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Correa U. Aliro: "Otitis media"; *Pediatría Al Día*. 16 (1); 10-13, 2000.
- 2.-Prado J. Valeria; Vergara C. Jorge: "Nuevas opciones terapéuticas en infecciones respiratorias del tracto superior. Primera parte: cambios en los agentes etiológicos y en su sensibilidad a los antimicrobianos" *Rev. Chil. Pediatr.* 66 (4); 220-226, 1995.
- 3.- Siri María Teresa: "Otitis Media Aguda" En:Banfi Antonio, Ledermann Walter, Cofré José, Cohen Jacob: "Enfermedades Infecciosas en Pediatría" 2ª Edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo; Capítulo .7 41-43
- 4.-Heikkinen T.; Chonmaitree T. : "Importance of respiratory viruses in acute otitis media". *Clinical Microbiology Reviews*. 16(2): 230-241,2003.
- 5.- Leibovitz E.; Greenberg D.; Piglansky L.; Raiz S.; Porat N.; Press J.; Leiberman A.; Dagan R. : "Recurrent acute otitis media occurring within one month from completion of antibiotic therapy: relationship to the original pathogen". *Pediatric Infectious Disease Journal*. 22(3) : 209-216, 2003.
- 6.- *Ped Infect Dis J*. "Acute otitis media a **treatment** paradigm for the new milenium" 18: 1119-1155,1999.
- 7.- *Pediatrics*. "Otitis media: principles of judicious use of antimicrobial agents". 1001 supl 2, 165-71, 1998