



MEDICINA

COMPLEMENTARIA

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



OTITIS MEDIA

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio de inicio súbito. Se caracteriza por la presencia de líquido en la cavidad del oído medio y se asocia con signos y síntomas de inflamación local está relacionada íntimamente con otras infecciones de vías aéreas superiores (IVAS) y constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas (IRA) en la edad pediátrica, particularmente durante los primeros años de vida es más frecuente en pacientes varones y en los meses de invierno, por lo que la mayor parte de la población sufre por lo menos un episodio de OMA en algún momento de la infancia.

EPIDEMIOLOGIA

La OMA es una enfermedad propia de lactantes y niños pequeños se calcula que a la edad de 5 años más del 90% de los niños han sufrido algún episodio de OMA y un 30% tiene OMA recurrente los factores epidemiológicos se pueden dividir en personales y externos.

CLASIFICACION:

SEGÚN SU PRESENTACIÓN CLÍNICA: A. OTITIS MEDIA AGUDA B. AGUDA RECIDIVANTE: SI MAS DE 3 EPISODIOS DE OMA EN 6 MESES O MAS DE 4 EN 12 MESES. C. OTITIS MEDIA CRÓNICA: SI OTORREA QUE PERSISTE POR MAS DE 6 SEMANAS A PESAR DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO Y CON PERFORACIÓN DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA. IMPORTANCIA DE LOS

GÉRMENES ENTÉRICOS Y DE LOS GRAM NEGATIVOS (PSEUDOMONA AERUGINOSA Y S. AUREUS)

ETIOLOGIA:

Las infecciones virales representan el 41% de los casos de OMA los virus sincitial respiratorio (74%), parainfluenza (52%) e influenza (42%), constituyen el 81% de los patógenos virales la bacteria que ocasiona con mayor frecuencia OMA es el *Streptococcus pneumoniae* (52.2%).

Antecedentes familiares: el antecedente de tener un hermano con historia de OMA recurrente aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Seguramente este factor está en relación a la constitución hereditaria de la trompa de Eustaquio.

Sexo: la OMA es más frecuente en niños que en niñas. Esto es propio de todas las enfermedades infecciosas durante la infancia.

Comienzo del primer episodio: el primer episodio de OMA antes del 6º mes de vida predispone a padecer posteriormente de OMA. Es lógico suponer que la infección de la trompa pueda producirse más lesión cuando esta es muy pequeña y estrecha.

Alimentación con lactancia artificial en los primeros meses de vida: se debe a que la presencia en la leche materna de agentes antiinfecciosos y, posiblemente, la menor asistencia a guardería de niños alimentados a pecho son factores protectores de la lactancia natural.

DIAGNOSTICO

Se manifiesta como otalgia asociada a signos inflamatorios, con o sin hipertermia, frecuentemente durante la evolución de una infección respiratoria viral los síntomas más frecuentes son otalgia, fiebre e irritabilidad; y los signos clásicos son otorrea y/o inflamación de la membrana timpánica, engrosamiento y/o abombamiento de esta, opacidad, presencia de bulas (miringitis bulosa), coloración blanco amarillenta y ausencia de movimiento a la neumotoscopia.

un diagnóstico fácil, destacan reportes de error diagnóstico en la realidad chilena de 56% de 529 niños diagnosticados como OMA en el servicio de urgencias que fueron derivados para ser diagnosticados por especialista (44% tuvo una OMA confirmada por neumotoscopia y punción timpánica, 34% presentaron otoscopia normal, 14% presentaron otitis media aguda con efusión, 5% otitis media crónica y 3% otitis externa) , el clínico debe confirmar historia de comienzo agudo identificando signos de efusión en el oído medio y evaluar la presencia de signos y síntomas de inflamación del oído medio”.

TABLA I. Criterios diagnósticos de OMA.

OMA confirmada

- Otorrea de aparición en las últimas 24-48 horas, u
- Otagia de aparición en las últimas 24-48 horas más abombamiento timpánico con o sin fuerte enrojecimiento

OMA probable*

- Sin otalgia. Evidencia de exudado en oído medio con fuerte enrojecimiento timpánico + catarro reciente
- Sin otoscopia. Otagia explícita en el niño mayor o llanto injustificados de presentación brusca, especialmente nocturno y después de varias horas de cama, en el lactante + catarro reciente

**Este diagnóstico debe estar muy restringido e individualizado y valorado dentro de la presencia de factores de riesgo.*

TABLA III. Diagnóstico diferencial de la OMA.

	Diagnóstico diferencial	Clínica diferencial
OMA con otorrea	Otitis externa	Dolor y/o hipersensibilidad del pabellón auricular
	Otitis media serosa, rinitis y obstrucción tubárica aguda	Evidente abombamiento y/o enrojecimiento timpánico
OMA con irritabilidad/ llanto no justificado en el niño pequeño	Dolor de otro origen: traumatismo no visualizado, invaginación intestinal, síndrome del torniquete, otros	Otoscopia patológica

TRATAMIENTO

El dolor suele ser muy intenso e invalidante y suele provocar angustia en el paciente y en los familiares por lo que debe ser evaluado y manejado se recomienda prescribir analgésicos ya sea que se va a comenzar con terapia antibiótica o analgésicos con más estudios para otitis son el acetaminofeno e ibuprofeno, analgésicos opioídes son una alternativa para otalgias muy intensas, pero por sus efectos secundarios y los riesgos de depresión respiratoria, especialmente en niños, antibióticos en esta enfermedad dado que con frecuencia es autolimitado y cursa con pocas complicaciones.

TABLA IV. Tratamiento antibiótico de la otitis media aguda.

1. **Niño con diagnóstico evidente y afectación leve o moderada:**
 - Amoxicilina, 80-90 mg/kg/día, repartida cada 8 horas, 5-7 días
 - Si fracaso clínico a las 48-72 horas de tratamiento: cambiar a amoxicilina-ácido clavulánico 8:1, 80 mg de amoxicilina/kg/día, repartida cada 8 horas, 5-10 días
 - En los niños mayores de 2 años sin factores de mal pronóstico evolutivo, una alternativa a la antibioticoterapia es el tratamiento analgésico con reevaluación al cabo de 48 horas
2. **Niños con diagnóstico evidente y afectación intensa (fiebre $\geq 39^{\circ}$ C o importante otalgia) o menores de 6 meses:**
 - Amoxicilina-ácido clavulánico 8:1, 80 mg de amoxicilina/kg/día, repartida cada 8 horas, 7-10 días
 - Si falta de respuesta clínica adecuada las 48-72 horas de tratamiento: timpanocentesis y tratamiento según tinción de Gram, cultivo y antibiograma
3. **Niños con “posible” OMA:**
 - Procurar efectuar un diagnóstico de seguridad
 - Si cuadro leve o moderado: conducta expectante
 - Si cuadro intenso: valorar el inicio de tratamiento con amoxicilina asociada o no a ácido clavulánico según la edad del niño y los antecedentes
4. **Fracaso del tratamiento anterior (falta de respuesta clínica):**
 - Si tratamiento inicial con amoxicilina dar amoxicilina-ácido clavulánico 8:1, 80 mg/kg/día, 7-10 días
 - Si tratamiento inicial con amoxicilina-ácido clavulánico: ceftriaxona i.m. 50 mg/kg/día, 3 días
 - Si tratamiento con ceftriaxona: timpanocentesis y tratamiento según tinción de Gram, cultivo y antibiograma
5. **Niños con alergia a la penicilina:**
 - a. Reacción no anafiláctica: cefpodoxima proxetilo o cefuroxima axetilo, 5-10 días
 - b. reacción anafiláctica (de tipo 1): azitromicina (o claritromicina). Tener en cuenta la posible conveniencia de hacer una timpanocentesis si la afectación es importante o si hay fracaso clínico

Bibliografía

borstnar, r. c. (2016). *medicina interna*. elsevier.

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomología y cirugía torácica*. cto.

j., j. l. (2018). *medicina interna*. mcgraw-hill.