

otitis media

Definición funcional:

Conjunto de actividades por las que, tras la presencia de síntomas y signos de otitis, se lleva a cabo el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Se incluyen 3 Subprocesos: Otitis Media Aguda, Otitis Media Secretoria y Otitis Media Recurrente.

Normas de calidad

Subproceso Otitis Media Aguda

Atención Primaria

- Ante la presencia de síntomas de infección en las vías respiratorias superiores (rinorrea, tos), síntomas generales (rechazo de la alimentación, irritabilidad, fiebre), y/o síntomas locales (otorrea, otalgia, tocarse el oído), el Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia) debe, sobre todo en los casos de pacientes menores de 2 años, realizar una otoscopia (Nivel IV-Grado C). La ausencia de síntomas de infección en las vías respiratorias altas es un signo de que será poco probable el diagnóstico de OM aguda (Nivel III-Grado B).
- El diagnóstico de OM aguda viene determinado por la presencia de:
 - Síntomas: otorrea, otalgia, tocarse el pabellón auricular, no descanso nocturno, rechazo de la alimentación (Nivel III-Grado B).
 - Signos: abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano (otoscopia neumática) (Nivel III-Grado B).
- El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen y técnica adecuada (Nivel IV-Grado C).
- Una vez tomada la decisión de tratamiento, existen 2 opciones:
 - **Plan de cuidados con antibioterapia inicial:** Indicado en niños menores de 2 años, o mayores de 2 años con afectación del estado general (fiebre mayor de 39º y otalgia de más de 6 horas, a pesar de la toma de analgésicos) (Nivel Ib- Grado A).
 - La amoxicilina es el fármaco de primera elección (Nivel Ia- Grado A): Dosis de 40- 50 mg/kg/día, o 80-90 mg/kg/día si existe riesgo de infección neumocócica (asistencia a guardería y tratamiento antibiótico en el mes previo a la consulta), durante 10 días (Nivel IV-Grado C) o 5-7 días si el paciente es mayor de 2 años (Nivel Ia-Grado A).
 - Analgesia: paracetamol 15 mg/kg/4-6 horas e ibuprofeno 10 mg/kg/dosis.
 - No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos ni antihistamínicos (Nivel Ib- Grado A).
- Valoración, a las 48-72 horas, de síntomas/signos y fallo de tratamiento:
 - El antibiótico de 2ª elección debe ser: amoxicilina + ácido clavulánico (Nivel IV-Grado C) a una dosis de 80-90 mg/kg + 10 mg/kg/día, respectivamente (Nivel Ib-Grado A).

- En caso de alergia a los betalactámicos, derivar al paciente al ORL.
Nueva valoración a las 48-72 horas y, si persisten los síntomas, se derivará al ORL.
- **Plan de Cuidados expectante:** Indicado en pacientes mayores de 2 años que presenten poca afectación del estado general (Nivel III-Grado B).
- Vigilancia y analgésicos: paracetamol, ibuprofeno, a dosis habituales.
- No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos ni antihistamínicos (Nivel Ib-Grado A).
- Valoración, a las 48-72 horas, de los síntomas/signos del paciente y fallo de tratamiento e introducir antibioterapia:
 - Amoxicilina 40-50 mg/kg/día (Nivel IV-Grado C), o 80-90 mg/kg/día si existe riesgo de infección neumocócica (asistencia a guardería y tratamiento antibiótico en el mes previo a la consulta) (Nivel IV-Grado C), durante 5-7 días (Nivel Ia- Grado A).
- Valoración, a las 48-72 horas, de los síntomas/signos y, si hay fallo de tratamiento, sustituir por antibiótico de segunda elección:
 - Amoxicilina + ácido clavulánico (Nivel IV-Grado C) a una dosis de 80-90 mg/kg+10 mg/kg/día, respectivamente (Nivel Ib-Grado A).
- Nueva valoración a las 48-72 horas y, si persisten los síntomas, se derivará al ORL.
- Lavado ótico: Hay que realizarlo ante la presencia de un tapón de cerumen con una técnica adecuada. En el caso de niños menores de 2 años con síntomas agudos, es preferible la aspiración suave con visión directa realizada por el ORL.
- Valoración médica a los 90 días:
 - Se debe realizar un control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda (Nivel IV-Grado C) para descartar una OM secretoria.
 - Proporcionar recomendaciones preventivas: fomentar la lactancia materna, desaconsejar el tabaco en la familia y el uso del chupete (Nivel IIb-Grado B).
 - No existe indicación en el momento actual de vacunación antineumocócica (Nivel IV - Grado C).
- Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).

Atención Especializada

Valoración del ORL

- Comprobación de la existencia de OM secretoria.
 - Considerar la persistencia de síntomas y medicación administrada.
 - Realizar una exploración mediante otoscopia u otomicroscopio.
 - Comprobar la movilidad timpánica: otoscopia neumática y/o timpanometría y/o reflectometría acústica.
- Valorar en el paciente la existencia de alguna de las indicaciones de miringotomía (Nivel IV - Grado C):
 - Respuesta no satisfactoria a 2 series de antibióticos adecuados o tras un fallo de la primera serie en pacientes alérgicos.
 - Otitis media en niños con otalgia severa, séptico o gravemente enfermo.
- Realización de la miringotomía, si procede, y recogida de muestras para un cultivo.



[otitis media]

Subproceso Otitis Media Secretoria**Atención Primaria**

- Se debe sospechar una OM secretoria ante: hipoacusia, retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje*, presencia de otalgia o sensación de taponamiento ótico, irritabilidad o alteraciones del sueño*, vértigo o alteraciones del equilibrio*, pérdida auditiva observada en un *screening* (examen de salud escolar, consulta médica, etc.), examen de rutina del oído por otro tipo de consulta médica (sin que haya presentado una OM aguda en los 3 meses previos).
- La presencia de sintomatología sugestiva obliga a realizar una otoscopia neumática, confirmándose la OM secretoria si hay signos de abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano.
- El examen otoscópico requiere de un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, y la eliminación de cerumen a través del lavado ótico y la técnica adecuada.
- Una vez comprobados los signos en la otoscopia neumática, se debe establecer un periodo de observación (Nivel IV-Grado C) de 3 meses para confirmar la OM secretoria y realizar, en ese caso, una timpanometría, excepto si el síntoma de debut corresponde a los señalados anteriormente con asterisco.
- Control de los factores ambientales (Nivel II-Grado B) a través de consejos preventivos sobre el tabaco en el domicilio, el uso del chupete y la asistencia a guarderías (Nivel I-Grado B).
- Lavado ótico: se realizará con la técnica adecuada, si existe un tapón de cerumen.
- Timpanometría: Se debe realizar con una demora no superior a 7 días y una vez completado el periodo de observación, según la técnica y los requerimientos descritos en el Anexo 5. Los resultados deben remitirse al Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia) para su interpretación y el establecimiento de un plan de seguimiento:
 - Ante una curva tipo A bilateral, se procederá al alta.
 - Ante una curva tipo B unilateral o tipo C unilateral o bilateral (Nivel IV-Grado C), se realizará un control cada 3 meses.
 - Ante una curva tipo B bilateral (Nivel III - Grado B), se realizará una interconsulta al ORL.
- Se derivará a Atención Especializada si presenta:
 - Una curva tipo B bilateral (Nivel III - Grado B) con síntomas de hipoacusia de más de 3 meses de evolución.
 - Una curva tipo B unilateral con síntomas de hipoacusia de más de 6 meses de evolución.
- Dar consejos preventivos sobre el tabaco, la lactancia, el uso del chupete y la guardería (Nivel II-Grado B).
- Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).

Atención Especializada

Valoración del ORL:

- Se debe confirmar el diagnóstico de otitis media secretoria mediante una otoscopia neumática:
 - Curva tipo B bilateral con una hipoacusia referida de más de tres meses.
 - Curva tipo B unilateral con una hipoacusia referida de más de 6 meses.
- Se realizará, siempre que el niño colabore, algún tipo de test audiométrico tonal laminar

- o, en su defecto, una audiometría lúdica para comprobar pérdidas medias en frecuencias conversacionales (500-2.000 Hz) de más de 20 dB (Nivel IV-Grado C):
- Si el niño tiene una audición en rango normal, se debe proceder a la observación (Nivel IV-Grado C) y a controlar los factores ambientales.
 - Si el niño tiene un déficit bilateral de 20 dB o más, y la efusión persiste más de 3 meses, la recomendación es realizar una miringotomía con tubos (Nivel IV-Grado C) o administrar una serie de antibióticos en caso de que el paciente y/o los familiares no acepten la intervención quirúrgica.
 - Si el niño tiene un déficit unilateral de 20 dB o más, y la efusión persiste más de 6 meses, la recomendación es también la realización de una miringotomía con tubos (Nivel IV-Grado C).
 - Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).
 - La miringotomía se debe realizar con una demora no superior a 1-3 meses con anestesia general y en el programa de cirugía ambulatoria. Siempre se debe anotar la presencia o no de líquido tras la paracentesis y las características del exudado, así como entregar hojas informativas de cuidados post-operatorios.
 - Realización de un control postquirúrgico a los 15 días en el que se debe:
 - Comprobar, mediante otoscopia, la correcta ubicación del tubo de drenaje, las características de la membrana timpánica, así como las posibles complicaciones.
 - Valorar la mejora auditiva a través de un control audiométrico y el grado de satisfacción del paciente y los familiares.
 - Entrega de un documento informativo sobre los cuidados del paciente con tubos de aireación en relación a las precauciones con la entrada de agua en los oídos (Anexo 9).
 - Entrega de una hoja informativa para los pacientes intervenidos de miringotomía con inserción de tubos de aireación y que presentan, tras la intervención, infecciones óticas (Anexo 10).
 - Realización de controles posteriores, cada 4 meses, hasta la expulsión espontánea de los tubos de aireación:
 - Realizar una otoscopia de control y comprobación de que la ubicación del tubo de aireación es la adecuada.
 - Anotación de las complicaciones postquirúrgicas: otorrea, perforación timpánica, obstrucción del drenaje, colesteatoma adquirido.
 - Comprobación de la función auditiva: audiometría tonal o variantes lúdicas.
 - Si la expulsión espontánea no se produce en los 48 meses posteriores a la intervención, se propondrá la extracción bajo sedación.
 - Tras la expulsión espontánea o extracción, se procederá a la comprobación de la función auditiva. En caso de estar en los umbrales normales, se remitirá al paciente con un informe a su Médico de AP (Pediatra o Médico de Familia).
 - Registro en la historia clínica y codificación según clasificación CIE-9 (Anexo 2).
 - La adenoidectomía no está recomendada para el tratamiento de la OM secretoria en ausencia de patología específica de las adenoides (Nivel IV-Grado C).

Subproceso Otitis Media Recurrente

Atención Primaria

- Documentar la presencia de OM recurrente: 3 o más episodios de OM aguda en 6 meses, o 4 en un año con normalidad entre los episodios.



[otitis media]

- Aplicar en cada episodio las recomendaciones y el Plan de Cuidados del Subproceso Otitis Media Aguda.
 - Realizar un estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases para descartar una inmunodeficiencia (Nivel IV-Grado C). En caso de confirmarse, derivar a AE (Sº de Alergia/Sº de Inmunología).
 - Los pacientes con OM recurrente deben ser estudiados siempre por el ORL.
- Aplicar las recomendaciones preventivas específicas tras el diagnóstico de una OM recurrente:
 - Vacunación antigripal (Nivel IIb-Grado B) con una periodicidad anual.
 - No existe indicación en el momento actual de vacunación antineumocócica (Nivel IV-Grado C).
 - No está indicada la administración profiláctica de antibióticos (Nivel Ia-Grado A). La efectividad de los mismos en nuestro contexto de resistencias es muy discutible, así como las evidencias de su efectividad a largo plazo (Nivel IV-Grado C). El paciente ideal para usar esta medida sería un niño menor de 2 años, con debut muy precoz en OM, antecedentes familiares de OM recurrente, cuya familia asegura la adherencia al mismo, y no desea que se le realice la colocación de un drenaje transtimpánico. En esta situación, se debe prescribir amoxicilina a 20mg/Kg/ día/ en dosis única. En caso de alergia a los betalactámicos, prescribir azitromicina 10mg/kg en dosis única, una vez a la semana, evaluándose la respuesta trimestralmente.

Atención Especializada

Valoración del ORL:

- Realización de un estudio inmunitario en el caso de que no se haya realizado previamente.
- Se debe manejar del mismo modo que el Subproceso Otitis Media Secretoria cuando entra en la Consulta ORL para la indicación de un drenaje transtimpánico. Es decir: la presencia de una curva B plana bilateral de tres meses de duración y alteraciones de la audición con una pérdida superior a 20 dB son indicativas del mismo. En el caso de ausencia de derrame, no hay pruebas concluyentes que apoyen que la timpanostomía prevenga la recurrencia y que sea claramente superior a otros procedimientos. Sin embargo, previene el dolor y los síntomas generales de infección.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2003**OTITIS MEDIA AGUDA**

- La antibioterapia inicial está indicada en niños < 2 años o > 2 años con afectación del estado general (fiebre mayor de 39º y otalgia de más de 6 horas, a pesar de la toma de analgésicos).
- En los restantes pacientes, la antibioterapia está indicada ante la persistencia de síntomas y /o signos durante un periodo igual o superior a 48 h. tras un tratamiento sintomático.
- Si está indicada la antibioterapia, y no existen contraindicaciones, la amoxicilina debe ser el fármaco de primera elección.
- Se debe realizar un control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda para descartar una OM secretoria.

OTITIS MEDIA SECRETORIA

Se debe recomendar la miringotomía con tubos:

- Si el niño tiene un déficit bilateral de la audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste más de 3 meses.
- Si el niño tiene un déficit unilateral de la audición igual o superior a 20 decibelios, y la efusión persiste más de 6 meses.
- La miringotomía se debe realizar con una demora inferior a 3 meses con anestesia general y en el programa de cirugía ambulatoria.

OTITIS MEDIA RECURRENTE

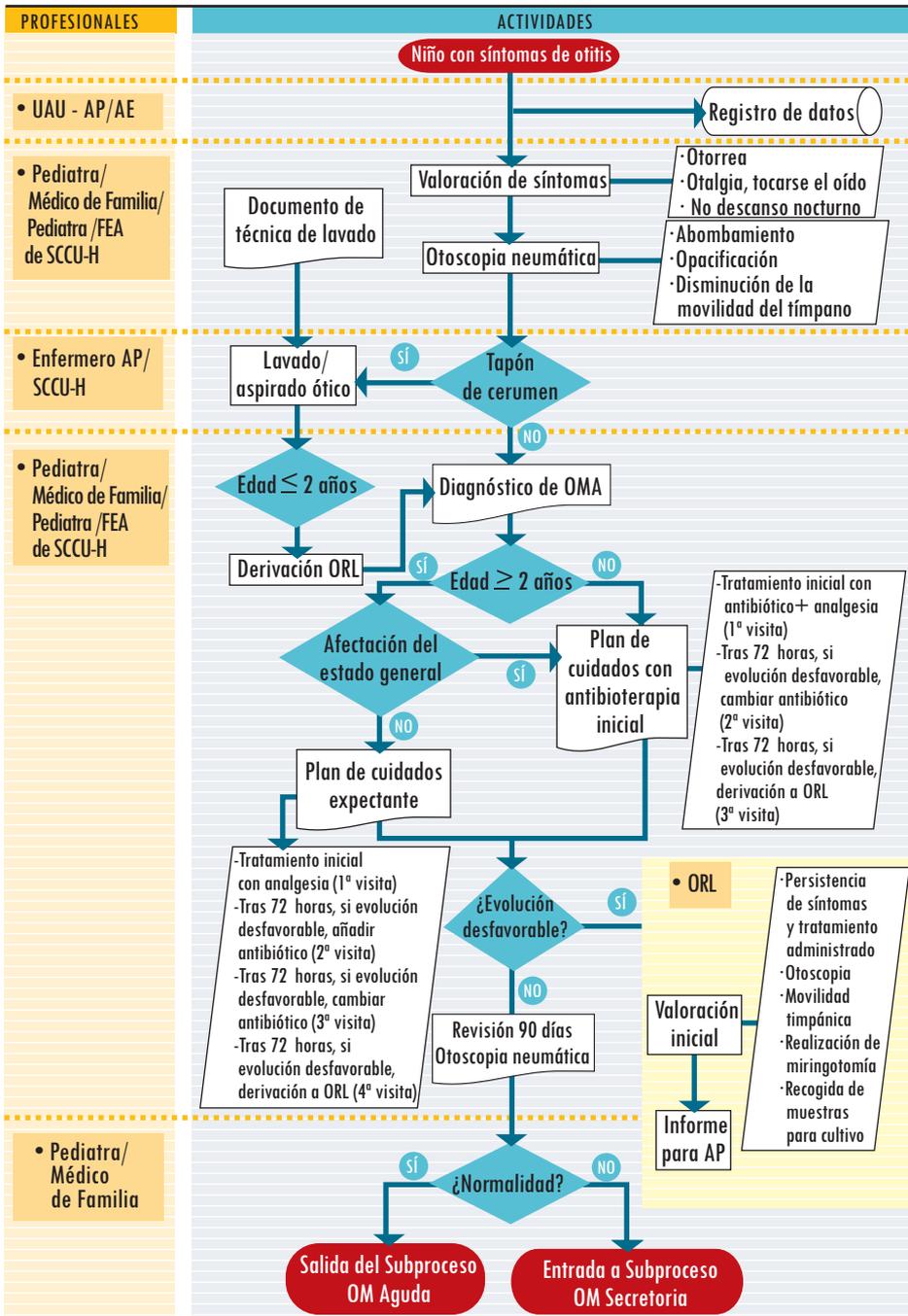
- Tras el diagnóstico de otitis media recurrente, la única recomendación preventiva específica es la vacunación antigripal anual.
- Realizar un estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases para descartar una inmunodeficiencia.



[otitis media]

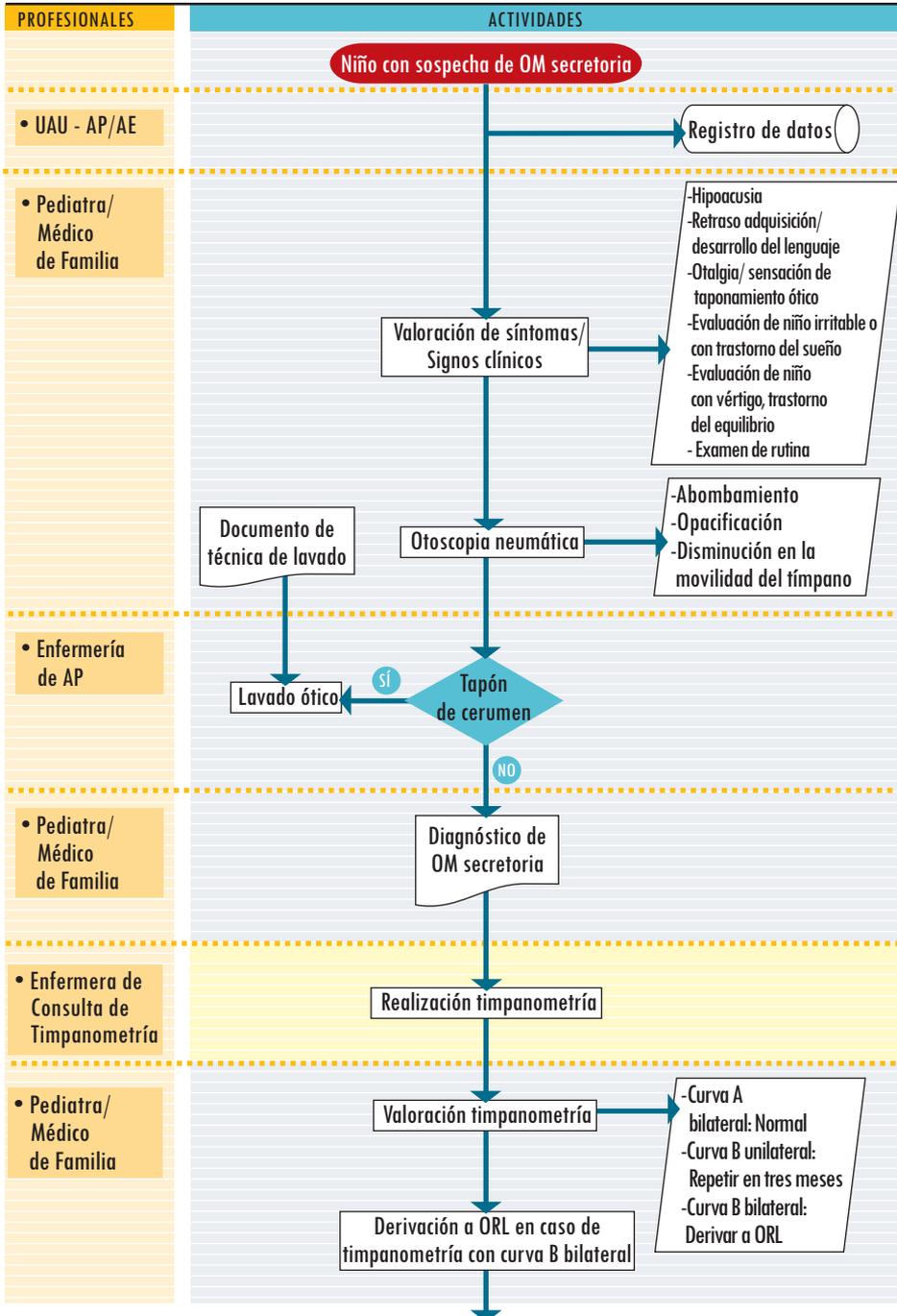
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Subproceso Otitis Media Aguda



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

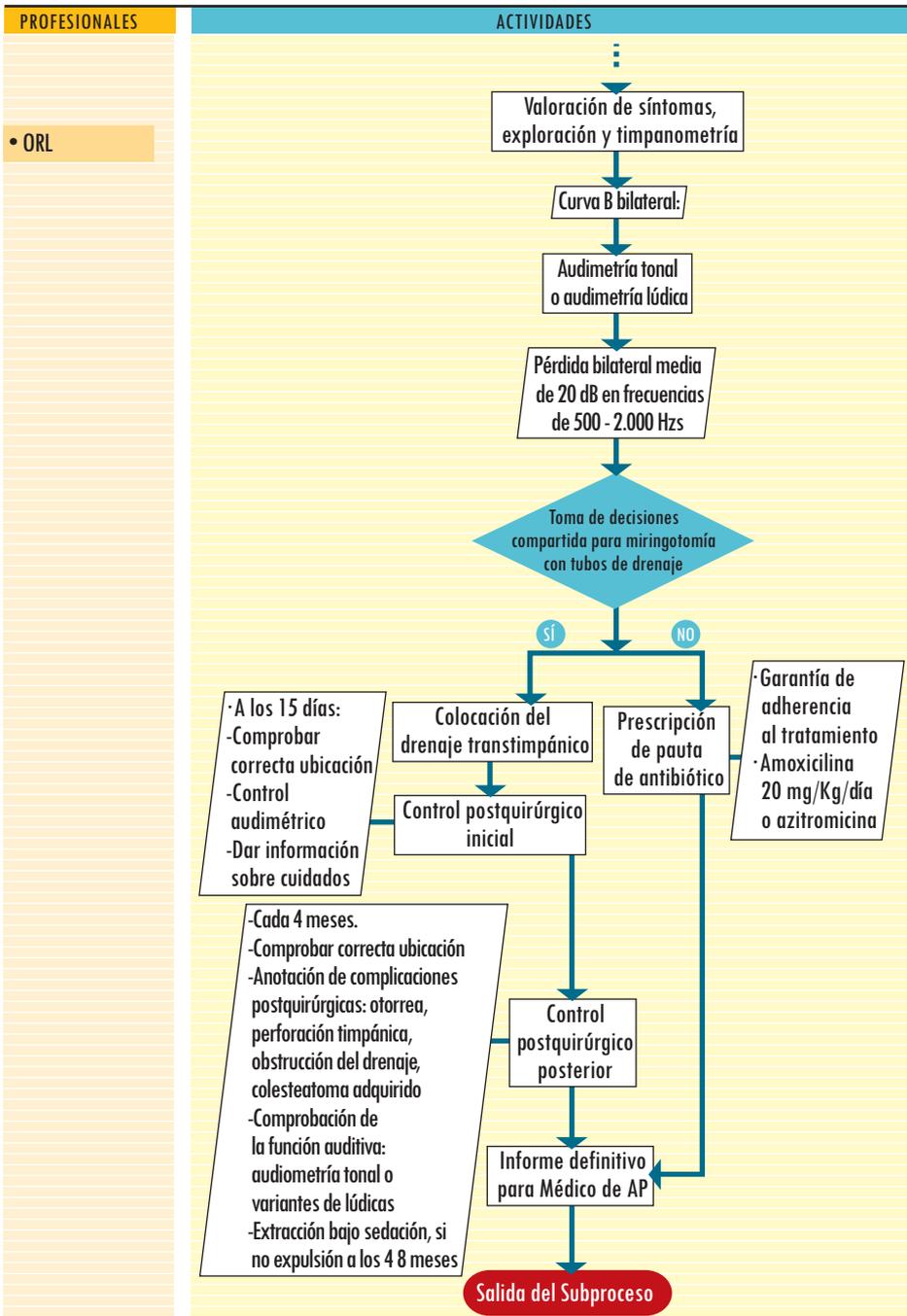
Subproceso Otitis Media Secretoria



[otitis media]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Subproceso Otitis Media Secretoria



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Subproceso Otitis Media Recurrente

