

# OTITIS MEDIA AGUDA

## CONOCIMIENTO MEDICO Y MANEJO COMUNITARIO

*Dra. Elena Alfonso Verdecia  
Especialista de primer grado en  
M G I y Otorrinolaringología*



## DEFINICIÓN:

LA OTITIS MEDIA AGUDA ES LA INFECCIÓN VIRAL O BACTERIANA DEL OÍDO MEDIO, CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE LÍQUIDO EN DICHA CAVIDAD Y GENERALMENTE SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

# FACTORES PREDISPONENTES

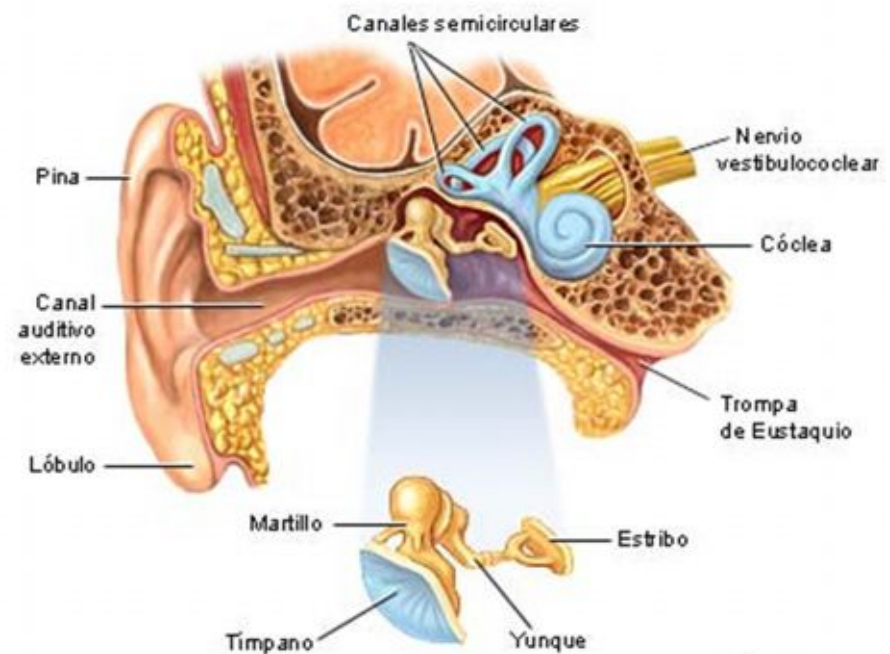
## 1. ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES:

- NASOFARINGITIS
- ADENOIDITIS
- HIPERTROFIA ADENOIDEA
- SINUSITIS
- RINITIS ALÉRGICA

# FACTORES PREDISPONENTES

## 2. ANATOMÍA DE LA TUBA AUDITIVA:

COMUNICA LA CAVIDAD DEL OÍDO MEDIO CON LA NASOFARINGE. SU FUNCIÓN ES LA VENTILACIÓN DEL OÍDO MEDIO, EQUIPARANDO LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA A AMBOS LADOS DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA Y SIENDO UN CONDUCTO FISIOLÓGICO DE DRENAJE DEL OÍDO.



# FACTORES PREDISPONENTES

## EN LACTANTES:

- TIENE 18 MM AL NACER .
- MÁS ANCHA, MÁS CORTA Y MÁS HORIZONTAL , LO QUE FAVORECE LAS INFECCIONES ASCENDENTES DESDE LA FARINGE.
- OSTIUM TIMPÁNICO MÁS BAJO Y EL FARÍNGEO MÁS ALTO, FACILITANDO EL DRENAJE DIRECTO AL O. MEDIO

## EN ADULTOS:

- ALCANZA UNA LONGITUD DE ENTRE 35-37 MM.
- SE HACE VERTICAL.
- EL OSTIUM TIMPÁNICO SE SITÚA MÁS ALTO QUE EL FARÍNGEO.

# FACTORES PREDISPONENTES

LA TUBA SE ABRE AL DEGLUTIR, BOSTEZAR Y AL ESTORNUDAR, DEBIDO A LA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO PERIESTAFILINO EXTERNO ,QUE ESTÁ INERVADO POR LA RAMA MAXILAR INFERIOR DEL TRIGÉMINO. SE CIERRA CUANDO ESTE MÚSCULO SE RELAJA.

EL EPITELIO QUE RECUBRE LA TUBA ES COLUMNAR PSEUDOESTRATIFICADO CILIADO CON CÉLULAS CALICIFORMES, AL IGUAL QUE EL EPITELIO FARÍNGEO.

# FACTORES PREDISPONENTES

3. EDAD: AFECTA TODAS LAS EDADES, SIENDO MAYOR SU INCIDENCIA EN LOS 3 PRIMEROS AÑOS DE VIDA (75% DE LOS MENORES DE 2 AÑOS HAN TENIDO AL MENOS UN EPISODIO DE O. M. A).

TENER EL PRIMER EPISODIO DE O. M. A ANTES DE LOS 6 MESES DE VIDA SE CONSIDERA POR SI SOLO UN FACTOR DE RIESGO.

4. SEXO: MÁS AFECTADO EL MASCULINO.

5. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA: HISTORIA FAMILIAR DE O. M. A RECURRENTE.

# FACTORES PREDISPONENTES

6.NO LACTANCIA MATERNA.

7.DÉFICIT INMUNOLÓGICO.

8.DEFICIENCIAS NUTRICIONALES (VITAMINA.A,  
ZINC Y HIERRO).

9.CONDICIÓN DE FUMADOR PASIVO.

10.ASOCIACIÓN A DETERMINADAS  
ENFERMEDADES:

-PALADAR HENDIDO

-SÍNDROME DE DOWN

- FIBROSIS QUÍSTICA.

11.ASOCIACIÓN A FACTORES ALÉRGICOS.



# ETIOLOGÍA

EN NEONATOS: PREDOMINAN LOS GÉRMENES GRAM NEGATIVOS (E. COLI Y S. AUREUS). EL MANEJO DEBE SER SIEMPRE HOSPITALARIO Y POR VÍA PARENTERAL.

HASTA LOS 14 AÑOS: UNA INFECCIÓN VÍRICA ES SOBREENFECTADA POR BACTERIAS (S. PNEUMONIAE, H. INFLUENZAE NO TIPIFICABLE, STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO DEL GRUPO A, MOXARELLA CATARRHALIS, S. AUREUS)

MAYORES DE 14 AÑOS: S. PNEUMONIAE, STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO DEL GRUPO A Y S. AUREUS (DEPENDIENDO DEL GENIO EPIDÉMICO DEL MOMENTO)

# CLASIFICACIÓN

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 NAGATIVOS (PSEUDOMONA AERUGINOSA Y S. AUREUS)

# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- OTALGIA INTENSA Y PERSISTENTE QUE SE ALIVIA CUANDO APARECE LA OTORREA.
- SENSACIÓN DE OÍDO OCUPADO Y /O SORDERA.
- FIEBRE ALTA, NAÚSEAS, VÓMITOS, DIARREAS E IRRITABILIDAD (EN NIÑOS PEQUEÑOS)

# FASES EVOLUTIVAS

## 1.HIPEREMIA:

SE PRODUCE LA OCLUSIÓN DE LA LUZ DE LA TUBA.

CLÍNICAMENTE:

FIEBRE Y OTALGIA.

OTOSCOPIA:

MEMBRANA TIMPÁNICA CONGESTIVA A NIVEL DEL MANGO DEL MARTILLO, LA PARS FLÁCCIDA Y LA PERIFERIA, CON UN AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN.

# FASES EVOLUTIVAS

## 2.EXUDATIVA:

SE PRODUCE ESCAPE DE SUERO, FIBRINA, ERITROCITOS Y POLIMORFONUCLEARES DESDE LOS CAPILARES. LAS CÉLULAS EPITELIALES CUBOIDEAS DEL TÍMPANO SE CONVIERTEN EN CALICIFORMES MUCOSECRETANTES Y SE PRODUCE UN EXUDADO A PRESIÓN

# FASES EVOLUTIVAS

CLÍNICAMENTE:

-OTALGIA

-FIEBRE SEVERA

-REACCIÓN MASTOIDEA (EN NIÑOS Y  
LACTANTES PEQUEÑOS)

OTOSCOPIA:

MEMBRANA TIMPÁNICA ENGROSADA,  
CONGESTIVA Y ABULTADA, CON PÉRDIDA DE  
SUS DETALLES ANATÓMICOS.

# FASES EVOLUTIVAS

## 3.SUPURATIVA:

OCURRE LA PERFORACIÓN ESPONTÁNEA Y EL DRENAJE DE LÍQUIDO HEMORRÁGICO, SEROSANGUINOLENTO Y LUEGO MUCOPURULENTO.

CLÍNICAMENTE:

- SE MANTIENE LA HIPOACUSIA
- DISMINUYE EL DOLOR Y LA FIEBRE
- SE RESUELVEN EL EDEMA Y LA SENSIBILIDAD MASTOIDEA.

# FASES EVOLUTIVAS

OTOSCOPIA:

FARO OTÓGENO.

PERFORACIÓN DE LA PARS TENSA DE LA  
MEMBRANA TIPÁNICA.

OTORREA.



# FASES EVOLUTIVAS

## 4.COALESCENCIA:

-SÓLO SE OBSERVA EN 1-5% DE LOS CASOS. SE MANTIENE LA SECRECIÓN MUCOPURULENTA POR MÁS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN.

-CLÍNICAMENTE: REAPARICIÓN DEL DOLOR Y LA REACCIÓN MASTOIDEA, QUE SE HACEN MÁS INTENSOS DE NOCHE. HAY FEBRÍCULA Y LEUCOCITOSIS.

# COMPLICACIONES

INTRACRANEALES:

-MENINGITIS

-ABSCESO

CEREBRAL

-TROMBOFLEBITIS

DEL SENO

LATERAL

EXTRACRANEALES:

-MASTOIDITIS

-LABERINTITIS

-PARÁLISIS FACIAL

OTRAS:

-PETROSITIS

-SORDERA

# SIGNOS DE ALARMA

1. AUMENTO O DISMINUCIÓN BRUSCA DE LA OTORREA.
2. CAÍDA DEL TECHO O PARED POSTEROSUPERIOR DEL C. A. E
3. FIEBRE EN AGUJAS.
5. PARÁLISIS FACIAL.
4. CAMBIOS DE CONDUCTA.

# DIAGNÓSTICO

1. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ENFERMEDAD  
LOCAL Y/O SISTÉMICA.

LOCALES:

OTALGIA, OTORREA, SORDERA Y VÉRTIGO

SISTÉMICOS:

FIEBRE, IRRITABILIDAD, LETARGIA,  
ANOREXIA, VÓMITOS Y DIARREAS.

# DIAGNÓSTICO

## 2. PRUEBAS ACUMÉTRICAS:

\*WEBER: LATERALIZADO AL OÍDO ENFERMO O AL MÁS ENFERMO.

\*RINNE: CONDUCCIÓN ÓSEA MAYOR QUE LA CONDUCCIÓN AÉREA.

AMBAS PRUEBAS MUESTRAN LA PRESENCIA DE UNA HIPOACUSIA CONDUCTIVA.

3. AUDIOMETRÍA TONAL: HIPOACUSIA CONDUCTIVA PARA LAS FRECUENCIAS GRAVES Y LUEGO PARA LAS AGUDAS (SI SE SIGUE ACUMULANDO LÍQUIDO).

# DIAGNÓSTICO

4. TIMPANOMETRÍA: HAY UN AUMENTO DE LA IMPEDANCIA Y PÉRDIDA DE LA DISTENSIBILIDAD; CON TIMPANOGRAMA PLANO Y REFLEJO ESTAPEDIAL AUSENTE.

5. REFLECTOMETRÍA ACÚSTICA.

ESTOS DOS EXÁMENES PERMITEN LA IDENTIFICACIÓN DE LÍQUIDO EN EL OÍDO MEDIO.

# DIAGNÓSTICO

## 6. TÍMPANOCENTESIS (MIRINGOTOMÍA)

PROCEDER DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, QUE SE PRACTICA EN EL CUADRANTE POSTEROINFERIOR DEL TÍMPANO, PERMITIENDO EL DRENAJE DEL LÍQUIDO CONTENIDO EN EL OÍDO MEDIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO BACTERIOLÓGICO DEL MISMO.

# MANEJO Y TRATAMIENTO

TTO. PREVENTIVO:

- ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA.
- VACUNACIÓN.
- LACTANCIA MATERNA (EVITARLA EN POSICIÓN DE DECÚBITO)
- TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS E. R. A.
- EVITAR EL HÁBITO DE FUMAR.
- TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS ALÉRGICOS Y DEFICIENCIAS INMUNOLÓGICAS DE BASE.
- ADENOIDECTOMÍA Y /O AMIGDALECTOMÍA.



# MANEJO Y TRATAMIENTO

TTO. SINTOMÁTICO:

-GOTAS NASALES.

-VAPORIZACIONES Y/O AEROSOLES CON CARETA.

-USO DE ANTIHISTAMÍNICOS (SÓLO EN PACIENTES CON ALERGIA DEMOSTRADA).

-ANTIPIRÉTICOS Y ANTINFLAMATORIOS:

1. ACETAMINOFEN = 15-20 MG /KG DOSIS

\_CADA 4 -6 H; NO MÁS DE 2,6 G/DÍA V.O

2. IBUPROFENO = 10 MG /KG DOSIS C/6 H

(100 MG/5 CC) V.O

# MANEJO Y TRATAMIENTO

TTO. ANTIBIÓTICO:

1. AMOXICILINA O AMOXCICILINA  
/ÁC. CLAVULÁNICO

CICLO CORTO-80 MG/KG DÍA (5 DÍAS)

CICLO LARGO-80 MG/KG 1ER DÍA

40 MG/KG HASTA 10MO. DÍA

2. ERITROMICINA/SULFAMOXAZOL

30-50 MG/KG - 150 MG/KG DÍA (4 SUBDOSIS)

10 -14 DÍAS

# MANEJO Y TRATAMIENTO

## 3. TRIMETROPÍN/SULFAMETOXAZOL

10 MG/KG - 40 MG/KG DÍA (2 SUBD.)

10-14 DÍAS

## 4. AZITROMICINA

CICLO CORTO=10 MG/KG DÍA -1ER. DÍA

5MG/KG DÍA - HASTA 5TO.

DÍA (DOSIS ÚNICA DIARIA)

# MANEJO Y TRATAMIENTO

## 5. CLARITROMICINA

15 MG/KG DÍA (2 SUBD.) DE 7-10 DÍAS

## 6. CEFALOSPORINAS DE 2DA. GENERACIÓN

-CEFACLOR O CEFUROXIMA

AMBAS A 40 MG/KG DÍA POR 10 DÍAS

-CEFPROZIL, LORACARBEF

## 7. CEFALOSPORINAS DE 3RA. GENERACIÓN

-CEFDINIR, CEFIXIME, CEFPODOXIME,  
CEFTIBUTER, CEFTRIAXONE

# MANEJO Y TRATAMIENTO

TTO. DE LAS RECURRENCIAS:

-TIMPANOCENTESIS

-CULTIVAR EL LÍQUIDO Y HACER ANTIBIOGRAMA

- DAR AMOXICILINA POR 10 DÍAS

-SI NO HAY RESPUESTA AL TTO. A. B. REALIZAR OTRA TIMPANOCENTESIS Y MANEJO HOSPITALARIO CON ANTIBIÓTICO ESPECÍFICO POR VÍA PARENTERAL.

-PROFILAXIS POR 6 MESES:

1. TRIMETROPÍN/SULFAMETOXAZOL=12 MG/KG (SULFA)  
DÍA 0

2. AMOXICILINA=20 MG/KG DÍA

AMBOS A DOSIS ÚNICA A LA HORA DE DORMIR

-SI A PESAR DEL TTO. PRESENTA MÁS DE 3 OTITIS EN 6 MESES O MÁS DE 4 EN 12 MESES, DEBE VALORARSE LA COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO.

# MANEJO Y TRATAMIENTO

TTO. QUIRÚRGICO:

1. MIRINGOTOMÍA Y COLOCACIÓN DE DRENAJES TRANSTIMPÁNICOS.

LOS DRENAJES PUEDEN SER DE POLIETILENO, SILASTIC, TEFLÓN O DE ACERO INOXIDABLE. EL TUBO ES MEJOR SI ES MAS CORTO Y DE LUZ MÁS ANCHA.

MUY ÚTILES EN LA O.M. SEROSA O CATARRAL Y EN LAS RECURRENTES QUE NO RESPONDEN BIEN AL TTO. ANTIBIÓTICO.

2. ADENOIDECTOMÍA Y/O AMIGDALECTOMÍA

# RECOMENDACIONES

1. CONOCER EL CUADRO CLÍNICO, LAS COMPLICACIONES Y LOS SIGNOS DE ALARMA DE LA O. M. A.
2. CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO PARA PODER TRABAJAR EN FUNCIÓN DE LOS QUE SEAN MODIFICABLES.
3. SI SOSPECHAMOS O.M.A Y EL PACIENTE ES MENOR DE 2 AÑOS, DAR TTO. SINTOMÁTICO POR 1 DÍA, REVALUAR Y SI LOS SÍNTOMAS PERSISTEN DAR TTO. ANTIBIÓTICO POR 10 DÍAS. SI ES MAYOR DE 2 AÑOS DAR TTO. SINTOMÁTICO POR 72 H. ,REVALUAR LUEGO Y SI LOS SÍNTOMAS PERSISTEN, DAR TTO. ANTIBIÓTICO POR 7 DÍAS.
4. MANTENER LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL TTO. ,SI LA EVOLUCIÓN NO ES SATISFACTORIA O SI ESTAMOS EN PRESENCIA DE UNA O. M. A RECIDIVANTE INTERCONSULTAR EL CASO CON UN ESPECIALISTA EN O.R.L .
5. EL MANEJO DEL NEONATO CON O.M.A SIEMPRE DEBE SER HOSPITALARIO.