

Otitis media aguda en una consulta de pediatría

M. Riquelme Pérez**, C.I.Gásquez Abad*, E. Mena Mateo*, D. Mugarza Hernández*

Resumen. *Objetivo:* Conocer la incidencia y la historia natural de la Otitis media aguda (OMA) en una consulta de pediatría.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo, en una consulta de pediatría con una población de 867 niños con edades comprendidas entre 3 meses y 7 años diagnosticados de OMA. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, mes del año, tipo de episodio, número de visitas realizadas y derivación al otorrinolaringólogo (ORL), así como los síntomas y signos otoscópicos que presentaban, haciéndose revisiones a los 15, 30 y 60 días.

Resultados: Fueron diagnosticados de OMA 146 niños. La incidencia fue del 12,1%. La edad que presentó mayor número de episodios fue 5 años (20,55%). El mes de febrero fue donde se diagnosticaron más casos. El 71,92% fueron episodios nuevos. El síntoma más frecuente fue la congestión nasal y entre los signos otoscópicos encontramos con mayor frecuencia la hiperemia y el abombamiento timpánico.

Discusión: Debido a que el estudio se ha realizado sobre población atendida la incidencia hallada puede ser más baja que si hubiéramos realizado un estudio poblacional.

An Esp Pediatr 1996;44:433-436.

Palabras clave: Otitis media aguda; Incidencia.

ACUTE OTITIS MEDIA IN A PEDIATRIC OUTPATIENT OFFICE

Abstract. *Objective:* To know the incidence and natural development of acute otitis media (AOM) in a pediatric outpatient office.

Patients and methods: A descriptive study was performed on a population of 867 children, between the ages of 3 months and 7 years, diagnosed with AOM in a pediatric consultation room. The following data were recorded: age, gender, month, type of episode, number of visits to the consulting room and number of referrals to the ear, nose and throat specialist, as well as the symptoms and otoscopic signs that they showed. Observations were made after 15, 30 and 60 days.

Results: Of this population, 146 children were diagnosed as having AOM. The incidence was 12.1% and 71.92% were new cases. The age with the larger number of AOM cases was 5 years (20.55%). February was the month with the most cases. The most frequent symptom was nasal congestion. Among the otoscopic signs, the most frequent were hyperaemia and convexing of the tympanic membrane.

Conclusions: Because the study was conducted on a select population, that attended by this outpatient service, the found incidence could be lower than if the study had been conducted on the general population.

Key words: Acute otitis media. Incidence.

*Médico de Familia, **Pediatra. Centro de Salud "Chopera I". Madrid.

Correspondencia: M. Riquelme

C.S. "Chopera I". Paseo de La Chopera 48. 28100 Alcobendas (Madrid).

Recibido: Abril 1995

Aceptado: Noviembre 1995

Introducción

La otitis media aguda es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la infancia y uno de los motivos de consulta pediátrica más representativos en Atención Primaria (AP). Han tenido alguna OMA más del 50% de los niños de 1 año y más del 90% de los de 7 años⁽¹⁾.

Además de ser una patología importante por su frecuencia no hay que olvidar sus posibles complicaciones (mastoiditis, meningitis) así como su resolución tardía y recurrencia de nuevos episodios que pueden llevar a dejar secuelas.

El objetivo del presente trabajo es conocer la incidencia de OMA en una consulta de pediatría durante un año de seguimiento así como la historia natural de esta enfermedad, describiendo los síntomas clínicos y los signos otoscópicos, el tiempo de evolución, la utilización de la derivación al otorrinolaringólogo (ORL) y el tratamiento realizado.

Material y métodos

El presente trabajo se ha realizado en un Centro de Salud periurbano de la zona norte de Madrid.

Los datos han sido recogidos en una consulta de pediatría durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1992 y el 30 de junio de 1993.

Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, mes del año en que fue diagnosticada la OMA, tipo de episodio (problema nuevo, recurrencia o revisión de un episodio conocido) (tabla I), número de visitas realizadas por cada episodio y la derivación al ORL.

Es conocida la dificultad o discrepancia a la hora de establecer criterios diagnósticos de OMA⁽²⁾, motivo por el que en nuestro trabajo realizamos un estudio descriptivo de los síntomas clínicos y signos otoscópicos encontrados en aquellos niños con diagnóstico de OMA, con edades comprendidas entre 3 meses y 7 años.

Investigamos la presencia o ausencia de los siguientes síntomas: otalgia, hipoacusia, otorrea, congestión nasal, diarrea y/o vómitos, irritabilidad, letargia, rechazo del alimento, dolor faríngeo y fiebre.

Los signos valorados mediante otoscopia fueron: hiperemia, opacidad, abombamiento, derrame, retracción, perforación timpánica, otorrea, presencia de bullas y tubos de timpanostomía, señalando además si los hallazgos eran uni o bilaterales.

Para seguir la evolución de los episodios de OMA, realizamos revisiones a los 15, 30 y 60 días.

Tabla I

Problema nuevo: Episodio de un problema que se presenta después de comenzar el estudio.
Recurrencia de un episodio: Episodio nuevo que comienza durante el periodo de estudio, pero que se trata de la recurrencia de un problema previamente diagnosticado.
Revisión del episodio conocido: Episodio de un problema agudo, crónico o recurrente por el que ya estaba recibiendo atención antes del estudio, pero que es visto por primera vez desde que comienza el estudio.

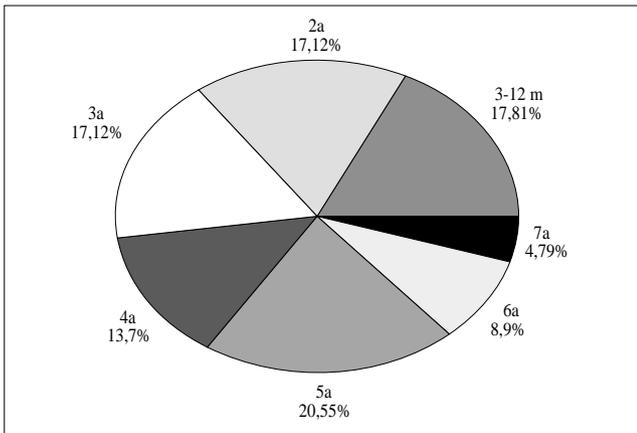


Figura 1. Distribución de OMAs por edad.

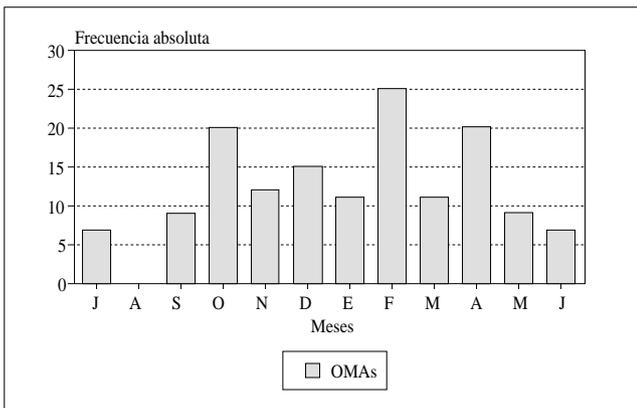


Figura 3. Distribución de OMAs por meses.

Los datos se procesaron en un ordenador personal mediante el paquete estadístico PRESTA, utilizando como pruebas estadísticas histogramas de frecuencia y comparación de porcentajes.

Resultados

Durante el año de seguimiento diagnosticamos 146 episodios de OMA obteniendo una incidencia del 12,1%.

La distribución de OMA por edades queda expresada en la

Tabla II Evolución de la OMA tras tratamiento. Valores de curación con intervalos de confianza (I.C.)

Tiempo	Curación	I.C.	No curación	No vistos
15 días	109	(67,6-81,7)	34	3
30 días	24	(10,43-22,45)	8	114
60 días	5	(1,48-7,82)	1	140

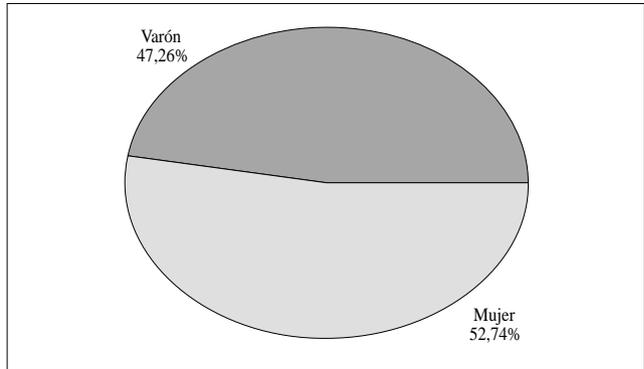


Figura 2. Distribución de OMAs por sexo.

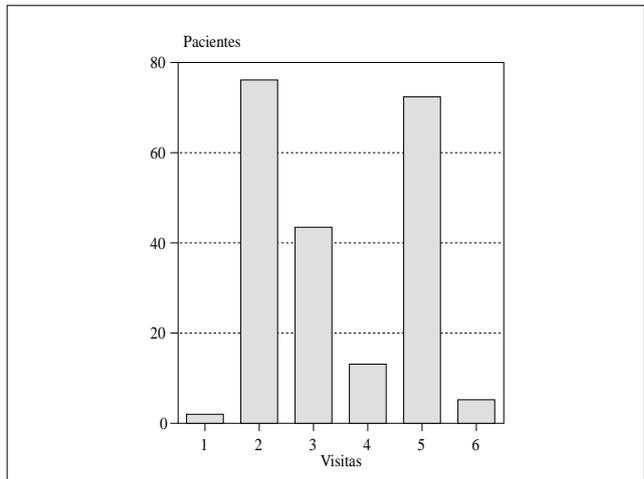


Figura 4. Número de visitas/paciente.

figura 1. El 20,55% de los episodios aparecen en niños de 5 años de edad.

En cuanto al sexo el 47,26% de los casos correspondieron a niños (Fig. 2).

Respecto a la época estacional, la aparición de OMA se distribuye según queda reflejado en la figura 3.

El 71,92% de los casos eran episodios nuevos y el 26,71% recurrencias.

El 80% de los niños realizaron 2 visitas por este problema. (Fig. 4).

Tabla III Evolución de los síntomas

Síntomas	En el diagnóstico			15 días			30 días		
	F.A.	F.R.	I.C.	F.A.	F.R.	I.C.	F.A.	F.R.	I.C.
Asintomático	2	1,37	(0,38-4,86)	—	—	—	—	—	—
Otalgia	77	52,74	(44,66-60,84)	—	—	—	—	—	—
Hipoacusia	2	1,37	(0,38-4,86)	—	—	—	—	—	—
Otorrea	3	2,05	(0,70-5,87)	—	—	—	—	—	—
Congestión nasal	85	58,22	(50,22-66,22)	2	5,88	(1,66-19,09)	—	—	—
Diarrea/vómitos	17	11,64	(6,44-16,85)	—	—	—	—	—	—
Irritabilidad	52	35,62	(27,85-43,38)	1	2,94	(0,52-14,92)	—	—	—
Letargia	2	1,37	(0,38-4,86)	—	—	—	—	—	—
Rechazo alimentario	18	12,33	(7,00-17,66)	—	—	—	—	—	—
Dolor faríngeo	6	4,11	(1,90-8,68)	—	—	—	—	—	—
Afebril	50	34,25	(26,55-41,94)	—	—	—	—	—	—
Tª no registrada	25	17,12	(11,01-23,23)	1	2,94	(0,52-14,92)	—	—	—
Fiebre	70	45,95	(39,84-56,05)	3	8,82	(3,05-22,96)	—	—	—

F.A. = Frecuencia Absoluta; F.R. = Frecuencia Relativa; I.C. = Intervalo de Confianza

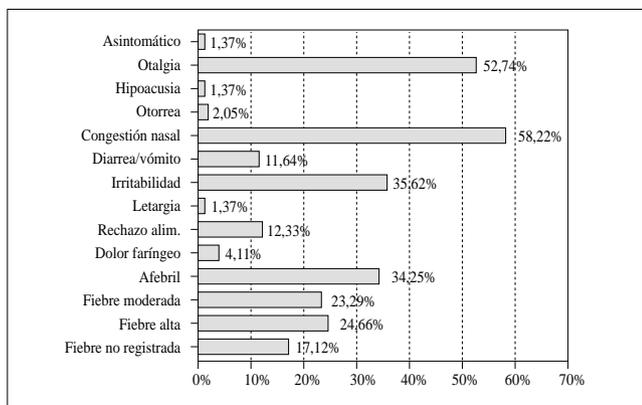


Figura 5. Síntomas de OMAs.

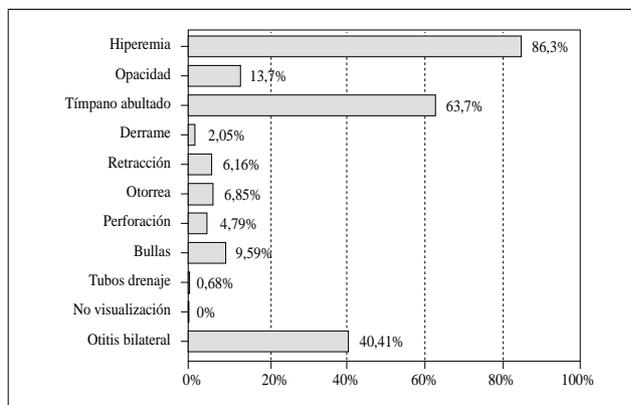


Figura 6. Signos otoscópicos.

Los síntomas más frecuentes fueron: congestión nasal (58,22%), otalgia (52,74%) e irritabilidad (35,62%), recogidos en la **figura 5**.

Se encontró hiperemia y abombamiento timpánico en el 86,30% de los casos y afectación bilateral en el 40,41%. Los hallazgos otoscópicos se recogen en la **figura 6**.

Resulta interesante destacar respecto a la variable derivación al especialista (ORL) que fueron tratados en Atención Primaria 137 niños que corresponden al 93,84% del total y sólo 9 niños (6,16%) precisaron ser enviados al especialista.

En el seguimiento realizado a los 15 días se produce una curación en 109 niños, presentando 34 niños signos anormales.

En la segunda revisión a los 30 días, 24 niños presentaron una otoscopia normal y el resto, excepto uno, la presentó a los 60 días (**Tabla II**). La evolución de los síntomas y de los signos otoscópicos de los niños diagnosticados de OMA, están reflejadas en las **tablas III y IV**.

Respecto al tratamiento realizado en estos niños, el 84,93%

es tratado inicialmente con amoxicilina, el resto, con la asociación amoxicilina-ácido clavulánico (12,33%) o con cefalosporinas de segunda generación (2,74%) por ser una OMA de repetición o traer el tratamiento puesto en urgencias. Se precisó cambio de antibiótico en 13% de los niños debido a mala evolución de la OMA.

Discusión

La OMA es uno de los procesos más frecuentes dentro de la patología infecciosa pediátrica tras las infecciones banales de vías respiratorias altas, y uno de los problemas que más preocupa en Pediatría, dada la importancia de sus secuelas⁽³⁾.

Los estudios epidemiológicos demuestran la alta incidencia de esta enfermedad en la infancia⁽⁴⁾. En nuestro país existe un escaso número de estudios epidemiológicos sobre OMA en contraste con el elevado número de publicaciones sobre este tema en la literatura médica internacional⁽⁵⁾.

La edad de presentación se encuentra distribuida en dos pi-

Tabla IV Evolución de los signos otoscópicos

Signos otoscópicos	En el diagnóstico			15 días			30 días			60 días		
	F.A.	F.R.	I.C.	F.A.	F.R.	I.C.	F.A.	F.R.	I.C.	F.A.	F.R.	I.C.
Hiperemia	126	86,30	(80,72-91,88)	21	67,76	(45,04-76,10)	2					
Opacidad	20	13,70	(8,12-19,28)	14	41,18	(26,37-57,78)	3					
Tímpano deslustrado	93	63,70	(55,90-71,50)	4	11,76	(4,67-26,62)	2					
Derrame	3	2,05	(0,70-5,87)	2	5,88	(1,63-19,09)	—					
Retracción	9	6,16	(2,26-10,07)	5	14,71	(6,45-30,13)	1					
Otorrea	10	6,85	(2,75-10,95)	—			—			1		
Perforación	7	4,79	(2,34-9,57)	—			—			—		
Bullas	14	9,59	(4,81-14,37)	—			—			—		
Tubos de drenaje	1	0,68	(0,12-3,78)	—			—			—		
No visualización	—			—			1			—		
Otitis bilateral	59	40,41	(32,45-48,37)	—			—			—		
No acude a revisión	—			1	2,94	(0,52-14,92)	1			1		

F.A. = Frecuencia Absoluta; F.R. = Frecuencia Relativa; I.C. = Intervalo de Confianza

cos de frecuencia: entre 6 y 36 meses, y alrededor de los 5 años de edad, resultados que coinciden con los de otros estudios⁽⁶⁾.

Respecto al sexo, nuestro estudio no ha encontrado diferencias significativas en la incidencia de OMA, a diferencia de otros estudios en los que se demuestra un mayor riesgo de OMA en los niños^(7,8).

Las manifestaciones clínicas suelen ir precedidas de síntomas catarrales. Posteriormente aparecen síntomas locales y generales en relación con el cuadro clínico de otitis. La clínica de este proceso es a menudo poco específica.

La congestión nasal, junto con la otalgia, es el síntoma más constante en nuestro estudio, lo que coincide con otros estudios⁽⁹⁾.

En un estudio realizado con 171 niños con otalgia aguda se encontró OMA en 46%, otitis simple en 15%, OMA serosa en 17%, mientras que en un 22% los tímpanos eran normales⁽¹⁰⁾.

En lactantes el dolor suele manifestarse por irritabilidad, que según nuestro estudio es el síntoma más frecuente a esta edad.

Si aparece fiebre se presentan con igual frecuencia las T^a altas y moderadas.

Respecto a los signos otoscópicos, el más frecuente es la hiperemia de tímpano, seguido por el abombamiento timpánico. En los no curados en la revisión, este signo sigue siendo el más frecuente.

Respecto a las pautas de tratamiento realizadas en nuestro estudio, cabe reseñar como tratamiento de elección en el 84,93% de los niños fue amoxicilina, lo que contrasta con un trabajo español realizado en el año 1991, en el que la mayoría de pediatras utilizaban como la elección las cefalosporinas orales. En este estudio, en los casos que se realizó cambio de antibiótico, la causa fue la resistencia o mala evolución del cuadro, y en este aspecto coincide con los resultados de nuestro trabajo⁽¹¹⁾.

En nuestro estudio, la derivación al especialista es poco representativa, pero algunos autores opinan que en todo caso de otitis persistente la última visita debe ser realizada por el espe-

cialista quien mediante pruebas especiales garantice la total resolución del proceso⁽¹²⁾.

Bibliografía

- Herranz Jordan B, Sánchez Casado ML, Carrasco Claver F. Las otitis medias en atención primaria pediátrica. *Atención Primaria*, 1993;12:62-67.
- Froom J, Culpepper L, Grob P, Bartelds A, Bowers P, Bridges - Webb C, Grava -Gubins I, Green L, Lion J, Somaini B, Stroobant A, West R, Yodfat Y. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *BMJ*, 1990;300:582-585.
- Fliess DM, Leiberman A, Dagan R. Medical sequelae and complications of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:34-40.
- Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
- Del Castillo Martín F. Otitis media aguda. ¿Una entidad olvidada en nuestro medio?. *Pediatrka* 1990;10:9-10.
- Cruz Caballero M. Otitis media aguda, Introducción. XVIII Congreso español de Pediatría y I Congreso extraordinario de la ALAPE. *An Esp Pediatr* 1992;36.49:228-236.
- Pukander J, Luotonen J, Sipila M, Timonen M, Karma P. Incidence of acute otitis media. *Acta Otolaryngol* 1982;93:447-453.
- Froom J, Mold J, Culpepper L, Boisseau V. The spectrum of otitis media in family practice. *J Fam Pract* 1980;10:599-605.
- Del Castillo Martín F, Barrio Gómez de Agüero MI, García Perea A. Otitis media aguda en la infancia. Estudio clínico y microbiológico de 50 casos. *An Esp Pediatr* 1992;37:126-129.
- Ingvarsson y cols. La otalgia aguda en los niños. *Acta Paed Scand* 1982;71:705.
- Del Castillo Martín F, Medina J, Rosell Barberá J, Cruz Caballero M. Otitis media aguda en la infancia. Estudio de 20.532 casos. *An Esp Pediatr* 1994;41:171-175.
- Prandi F y cols. Enfermedades agudas del aparato respiratorio superior en pediatría extrahospitalaria. Mesa redonda en la XIX Reunión Anual de la AEP, Bilbao 1986. *An Esp Pediatr* 1986;24:68-76.