

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

Comportamiento de la otitis media en el recién nacido en el servicio abierto de Neonatología en el año 2010.
Behaviour of otitis media in new born in the opened service of Neonatology in 2010.

Diana Alpízar Becil (1), Fernando Fernández Romo (1), Ana Iskra Meizoso Valdés (2), Luis Alberto Rodríguez Rodríguez (3), Midiala Cervantes Mederos (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con la finalidad de conocer el comportamiento de la otitis media aguda (OMA) en el servicio abierto de neonatología durante el año 2010 teniendo en cuenta diversos elementos como factores de riesgo, el uso de la otoscopia como medio diagnóstico de certeza así como la toma de cultivo del conducto auditivo en los casos en que fue posible. El universo estuvo constituido por todos los recién nacidos que ingresaron en el servicio abierto de neonatología y se incluyeron en el estudio a todos aquellos casos que ingresaron al mismo con los siguientes síntomas: fiebre, irritabilidad, rechazo al alimento y secreción u obstrucción nasal. El 54% de los pacientes que ingresaron en el servicio abierto de Neonatología presentaban un cuadro probable de OMA, el factor de riesgo que se encontró con una mayor frecuencia fue la presencia de síntomas respiratorios previos seguido de la lactancia artificial y el uso del biberón, la otoscopia se le realizó al 20% de los pacientes con una positividad del 76% y solo se le realizó cultivo de la secreción del conducto auditivo al 10% de los niños con una positividad del 50%.

Palabras clave: OTITIS MEDIA, FACTORES DE RIESGO, OTOSCOPIA.

1. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente
2. Especialista de 1er Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Ginecobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de asistencia médica en la edad pediátrica y dentro de ellas la otitis media aguda (OMA) no sólo es la patología más común, sino también la causa más frecuente de uso de antibióticos en la infancia, se caracteriza por una inflamación del oído medio causado fundamentalmente por el neumococo (1-4).

La enfermedad tiene su máxima incidencia entre los 6 y 9 meses de edad, y se reporta que al año de edad aproximadamente el 75% de los niños ha sufrido al menos un episodio de OMA y el 15%, 3 episodios o más (5-6).

No se conoce con exactitud la incidencia de esta infección en el neonato, debido a que habitualmente los síntomas son escasos e imprecisos y la exploración del tímpano es muy difícil a esta edad. Además, no existe el hábito de realizar otoscopia a todo neonato en estudio. La otitis media neonatal se produce con más frecuencia en el neonato pretérmino que en el de término. En ambos grupos de niños actúan varios factores predisponentes. Antes del nacimiento, uno de estos factores es la permanencia de líquido amniótico dentro del oído medio desde la vida fetal hasta los primeros días del período neonatal; a esto se suma que el líquido amniótico puede estar contaminado con gérmenes procedentes de la vagina materna. Después del nacimiento influyen otros factores como son: la intubación endotraqueal, las infecciones sinusales y respiratorias, y la alimentación oral con biberones. Algunos autores consideran como riesgo para contraer esta enfermedad: permanecer el niño en posición supina, los vómitos, las regurgitaciones, la tos intensa, el grito y llanto prolongado. Los factores mencionados actúan favorecidos por algunas condiciones estructurales de las trompas de Eustaquio que son más cortas, anchas y horizontales; existe escasa neumatización mastoidea, el músculo elevador del paladar que abre y cierra el opérculo de la trompa

es menos eficiente. La asociación de estos factores condiciona que ante cualquier motivo se cierre este conducto y el oído medio se convierta en una cavidad cerrada y se produzca exacerbación de la virulencia de los gérmenes existentes en el lugar. El diagnóstico clínico no es fácil porque los síntomas no son floridos. El niño inicialmente puede estar irritable, con un llanto más prolongado y dificultad para dormir, con indiferencia a la alimentación o detención de la curva de peso; no es frecuente la hipertermia en la fase inicial. Se puede comprobar dolor a la presión del trago; este signo es positivo, porque el conducto auditivo externo no está completamente osificado en el neonato.

En un período posterior de la enfermedad aparece la rinorrea y otros signos de afectación general como son la hipertermia y los vómitos. El diagnóstico se define con la otoscopia, y el examen y cultivo del material obtenido del oído por aspiración. Durante el examen del tímpano se debe tener en cuenta que en el neonato y lactante normal, las membranas timpánicas pueden verse de aspecto mate y engrosado; en la otitis media aguda, la membrana timpánica está hiperemia, abombada, inmóvil y opaca. Según Shaffer, aproximadamente un quinto de los casos de otitis media aguda del neonato y lactante son producidas por: *E. coli*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae* (7).

Factores de riesgo

Se observa una mayor incidencia de OMA asociada a múltiples variables: sexo masculino, poblaciones especiales (esquimales, aborígenes australianos), otoño, invierno y primavera, antecedentes familiares positivos de OMA recurrente (padres, hermanos), alimentación con biberón (el amamantamiento, por el contrario es protector), uso de chupete (sobre todo si el niño concurre a guardería), asistencia a guardería, factores socio-económicos (hacinamiento, pobreza, bajo nivel cultural), precocidad del primer episodio, desnutrición, factores ambientales (tabaquismo, sahumerios, braseros), anomalías craneofaciales, fisura palatina (incluida la submucosa), condiciones desfavorables en el embarazo (adicción a drogas, baja edad materna, desnutrición materna, prematuridad, etc.), factores inmunoalérgicos (inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, rinitis alérgica), reflujo gastroesofágico o deglución disfuncional, síndrome de Down. De estos factores, los más importantes son la edad, la época del año, los factores socioeconómicos y la convivencia con gran cantidad de niños (en el hogar o en guardería). Varios de estos factores son inmodificables (estación del año, etnia, genéticos, sexo), pero algunos son corregibles; sin embargo, es frecuente que el pediatra no interrogue sobre ellos o no los busque especialmente en el examen físico. Factores ambientales: Los principales son el tabaquismo pasivo, los braseros y los sahumerios. Otro factor ambiental que puede influir es el aire seco, que contribuye a disminuir la viscosidad del moco y por ende al aumento de la disfunción tubárica (8).

El objetivo de este trabajo fue conocer el número de pacientes que ingresó con diagnóstico probable de OMA en el Servicio Abierto de Neonatología durante el año 2010, describir cómo se comportaron los factores de riesgo de la OMA en los pacientes con el diagnóstico posible de esta entidad, así como conocer la frecuencia con la que se realizó la otoscopia en los pacientes con una posible otitis media y la positividad de dicha prueba en los casos de otitis. También dar a conocer los pacientes a los que se les realizó cultivo del conducto auditivo.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con la finalidad de conocer el comportamiento de la otitis media aguda (OMA) en el servicio abierto de neonatología durante el año 2010 teniendo en cuenta diversos elementos como factores de riesgo, el uso de la otoscopia como medio diagnóstico de certeza así como la toma de cultivo del conducto auditivo en los casos que fue posible.

Criterios de inclusión:

Se tuvieron en cuenta como síntomas y signos sugestivos de otitis media aguda a todos aquellos niños recién nacidos que ingresaron en el servicio abierto de neonatología por los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Irritabilidad
- Rechazo al alimento
- Secreción u obstrucción nasal.

Criterios de exclusión:

- Se descartaron todos aquellos pacientes que aunque tenían síntomas respiratorios presentaban una bronconeumonía diagnosticada por los Rayos X.

- Pacientes febriles con signos de focalización en otros órganos y sistemas como mastitis, onfalitis, artritis, sepsis urinaria, meningoencefalitis, etc.)
- Pacientes febriles con madres que presentaban escasa o ninguna secreción láctea (exicosis). Para nuestro estudio se revisaron las historias clínicas de estos neonatos para buscar en ellas, síntomas y signos clínicos que presentaron y la realización o no de la otoscopia como medio diagnóstico de OMA, así como la toma de cultivo del conducto auditivo, también se entrevistaron brevemente a las madres para conocer si existían o no factores de riesgo asociados, como fueron: si hubo o no intubación endotraqueal en el momento del nacimiento, infecciones respiratorias previas, el uso o no de biberones así como el uso de la lactancia materna exclusiva u otros tipos de lactancia en estos pacientes.

Toda la información recopilada se utilizó para cumplir con los objetivos propuestos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el servicio abierto de Neonatología ingresaron un total de 191 niños, de ellos 103 para un (54%) tuvieron un diagnóstico posible de OMA (Gráfico No. 1).

Es de destacar que en la literatura revisada no pudimos encontrar la prevalencia de esta entidad en neonatos, sin embargo, las manifestaciones respiratorias del recién nacido dentro de ellas las sugestivas de otitis media son de frecuente observación en nuestra práctica médica por lo que nos interesaba conocer cuántos pacientes ingresaban con estos síntomas y signos en el servicio.

Dentro de los factores de riesgo asociados al diagnóstico de OMA evaluamos algunos de ellos mediante la encuesta a las madres e Historia Clínica de los pacientes estudiados donde cabe destacar que ninguno de los neonatos presentó antecedentes de intubación endotraqueal sin embargo encontramos uso de biberón y lactancia artificial en 15 y 17% de los pacientes que se relacionan con la literatura revisada por nosotros (Tabla No. 1) (9).

Lo que más frecuentemente encontramos fue el antecedente de síntomas respiratorios previos, esto se explica por el cúmulo de secreciones que se producen durante estos episodios a nivel del oído medio.

De los pacientes ingresados con síntomas y signos clínicos de OMA solo se realizó otoscopia a 21 niños lo que representó el 20% del total de casos (Gráfico No. 2).

La positividad de la otoscopia fue de un 76% (Gráfico No. 3), debe tenerse en cuenta que la otoscopia estática en manos expertas y la otoscopia neumática aumentan la certeza del diagnóstico de efusión en oído medio en un 15% (10). La Guía de la Academia Estadounidense de Pediatría remarca la importancia de este procedimiento e insiste en que el pediatra clínico realice un buen entrenamiento y capacitación.

Desde el punto de vista otoscópico es necesario evaluar la coloración, movilidad y posición de la membrana timpánica. Generalmente el tímpano está enrojecido o de color amarillo cremoso con desaparición del triángulo luminoso, así como desaparición del relieve del mango del martillo en dependencia del grado de abombamiento de la membrana, cuya movilidad está disminuida o ausente (11).

Se pudo tomar muestra de la secreción del conducto auditivo solo en el 10% de los pacientes estudiados, solo fue posible en los casos que presentaban exudado del mismo por ello la escasa realización de este medio diagnóstico (Gráfico No. 4), otra forma de obtener la secreción es a través de la timpanocentesis, proceder con indicaciones bien precisas y bastante invasivo en neonatos.

La positividad en los pacientes a los cuales se les tomó cultivo del conducto auditivo externo fue de un 50% (Gráfico No. 5), resultado este un poco mayor que el obtenido en un trabajo que se hizo en Israel, donde se realizó paracentesis con cultivo a todos los recién nacidos con fiebre, donde se hallaron gérmenes en el oído medio en alrededor del 30% de los niños.

CONCLUSIONES

El factor de riesgo que se encontró con una mayor frecuencia fue la presencia de síntomas respiratorios previos seguidos de la lactancia artificial y el uso del biberón. La positividad de las otoscopias realizadas fue alta.

RECOMENDACIONES

Se sugiere el uso de la otoscopia al mayor número de pacientes con un diagnóstico de posible otitis media aguda, así como el entrenamiento del personal médico de neonatología en la realización de este proceder.

ABSTRACT

A descriptive observational study was carried out with the purpose of knowing the the acute otitis media in the opened service of neonatology during 2010 having in mind some elements like risk factors, the use of otoscopy as certainty diagnosis as well as the culture taking of the auditory canal in the possible cases. The universe was constituted by all new born that entered in the opened service of neonatology and it was included in the study all those cases that entered with the following symptoms: fever, irritability, food rejection and secretion or nasal obstruction. 54% of patients who entered in the opened service of Neonatology presented a probable picture of OMA, the risk factor that was found with a greater frequency was the presence of previous respiratory symptoms followed by artificial feeding and the use of nursing bottle, the otoscopy was carried out to 20% of patients with a positivity of 76% and the secretion culture of the auditory canal was carried out to 10% of children with with 50% of positivity.

Key words: OTITIS MEDIA, RISK FACTORS, OTOSCOPY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz M, Palomeque A. Aspectos pediátricos de la patología otorrinolaringológica. En: Cruz M, editor. Tratado de Pediatría. 7 th ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p.1286-1299.
2. Morris PS. Infecciones de la vía respiratoria superior (incluida la otitis media). *Pediatr Clin NA* [Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2010]; 56(1):101–117. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/501v56n01a13149041pdf001.p df](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/501v56n01a13149041pdf001.pdf)
3. Álvarez Castelló M, Castro Almarales R, Abdo Rodríguez A, Orta Hernández SD, Gómez Martíne M, Álvarez Castelló MP. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. *Rev Cubana Med Gral Integr* [Internet]. 2008 [citado 17 Dic 2010]; 24(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252008000100011&script=sci_arttext&tIng=es
4. López FJ. Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en niños: panorama regional. En: Benguigui Y, editor. Infecciones respiratorias en niños. Washington: OPS; 2001. p. 3-20.
5. Ruiz Canela-Cáceres J, Martín Muñoz P. Manejo de otitis media en la infancia. *Form Act Pediatr Aten Prim* [Internet]. 2010 [citado 17 Dic 2010]; 3(4):190-5. Disponible en: <http://www.fapap.es/file/anexos/75ff1e79acc302c0b8b7dc3bc192008a.pdf>
6. Gavidia T, Pronczuk J, Sly PD. Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños. Carga global de las enfermedades respiratorias pediátricas ligada al ambiente. *Rev Chil Enf Respir* [Internet]. 2009 [citado 17 Dic 2010]; 25: 99-108. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482009000200006&script=sci_arttext&tIng=es
7. Valdés Armenteros R. Examen de las fosas nasales y los oídos. En: Valdés Armenteros R, Reyes Izquierdo DM, editores. Examen clínico al recién nacido. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 89-96.
8. Cervio R, Maccarone H. Otitis media aguda: algunos aspectos de su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*. 2007; 105(1):43-49.
9. Romeo SR. Infecciones agudas de las vías respiratorias altas. En: Benguigui Y, editor. Infecciones respiratorias en niños. Washington: OPS; 2001. p.189-196.
10. American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Clinical Practice Guideline. Subcommittee on management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatr*. 2004; 113(5):1451-1465.
11. MacIntyre EA, Chen CM, Herbarth O, Borte M, Schaaf B, Krämer U, von Berg A, et al. Early-life otitis media and incident atopic disease at school age in a birth cohort. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2010 [citado 17 Dic 2010]; 29(12):96-9. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
12. Leiberman A. Conferencia de Otorrinolaringología. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires; 16 Sep 2004.

ANEXOS

Gráfico No. 1.

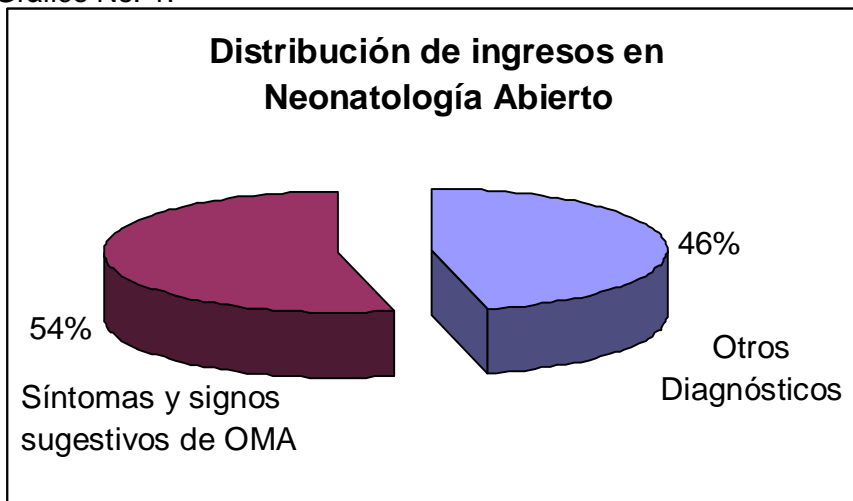


Tabla No. 1. Factores de riesgo asociados a la OMA

Factores de Riesgo	Número pacientes de	%
Intubación endotraqueal al nacimiento	0	0
Uso de biberón	15	15
Lactancia artificial	18	17
Síntomas respiratorios previos	48	47

Gráfico No. 2.

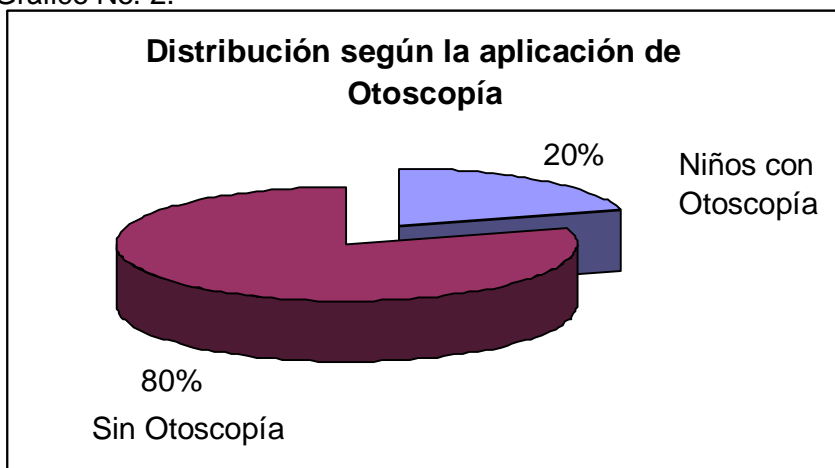


Gráfico No. 3.

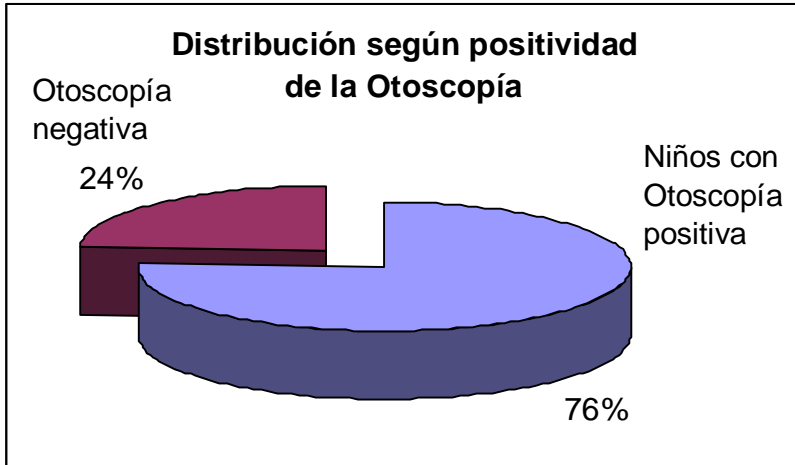


Gráfico No. 4.

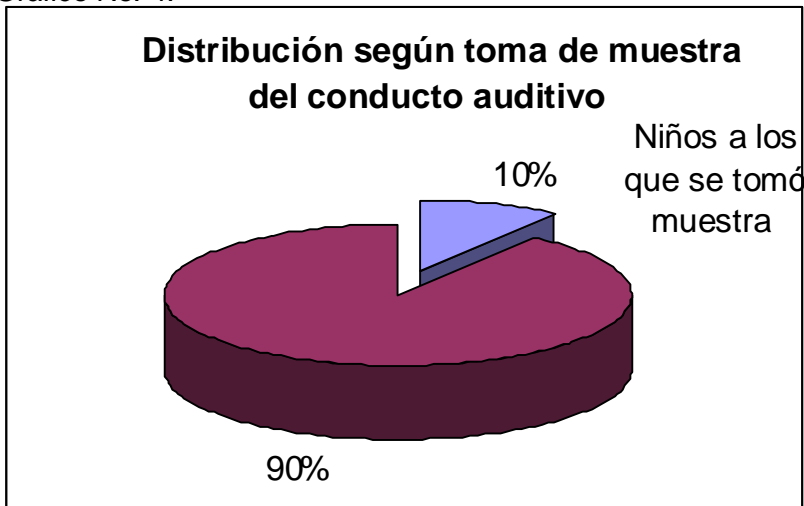


Gráfico No. 5.

