

Otitis media aguda

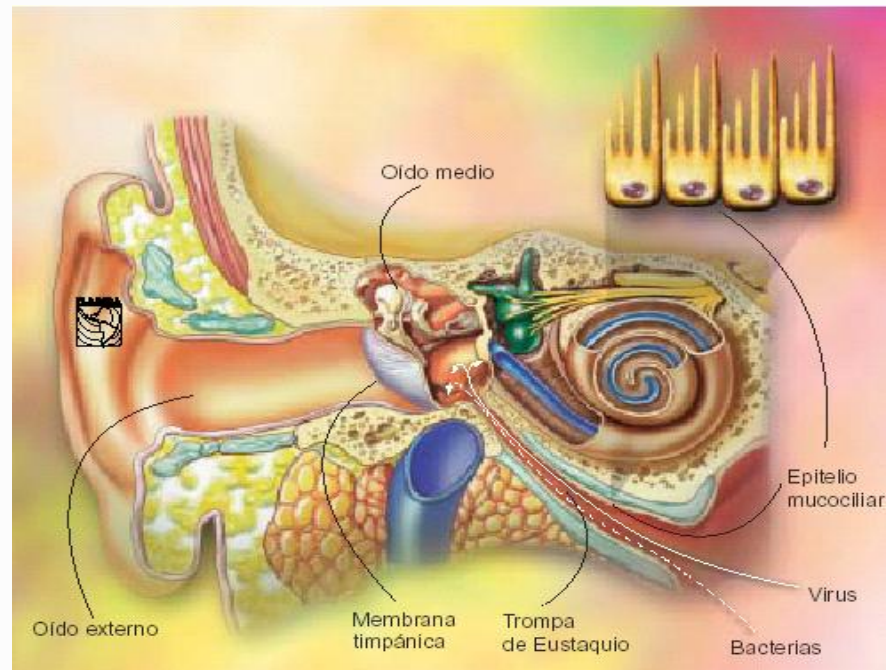
Dra. Ileana Alvarez Lam





Otitis Media Aguda

Inflamación del oído medio asociado a signos y síntomas de infección.





Factores predisponentes (I)

- ☞ *Edad*
- ☞ *Sexo*
- ☞ *Prematuridad*
- ☞ *Malformaciones craneofaciales*
- ☞ *Hipertrofia de adenoides y amígdalas*
- ☞ *Alergia*



Factores predisponentes (II)

- ☞ *Hacinamiento*
- ☞ *Reflujo gastroesofágico*
- ☞ *Infecciones respiratorias altas*
- ☞ *Desajustes inmunológicos*
- ☞ *Malos hábitos durante la alimentación*
- ☞ *Fumador pasivo*



Etiología

↳ *Streptococcus pneumoniae*

↳ *Haemophilus influenzae* no tipificables

↳ *Moraxella catarrhalis*

↳ *Otros*



Pautas para el tratamiento de la OMA (AAP)

- *Adecuado diagnóstico*
- *Alivio del dolor*
- *Uso juicioso de antibióticos*



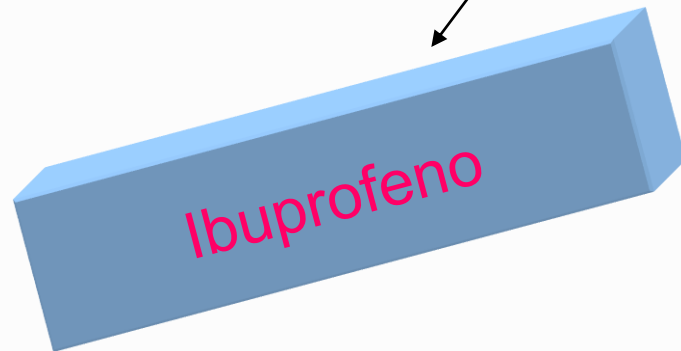
Diagnóstico de certeza de OMA (AAP)

- ☞ *Comienzo abrupto de síntomas y signos de inflamación del oído medio.*
- ☞ *Evidencia de inflamación del oído medio.*
- ☞ *Presencia de efusión del oído medio.*

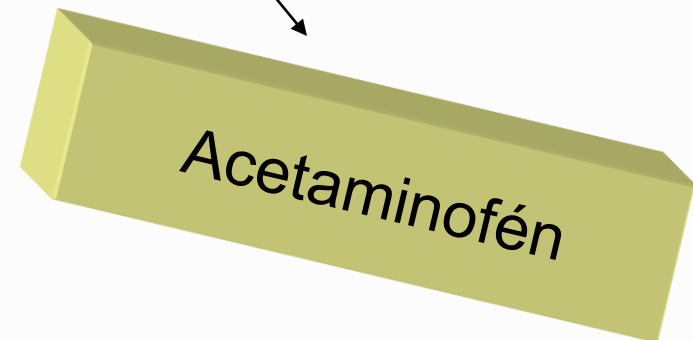


Alivio del dolor

Analgésicos



Ibuprofeno



Acetaminofén



Criterios para uso de antibióticos

Se basa en dos criterios:



Edad



Severidad de la enfermedad:

Otalgia

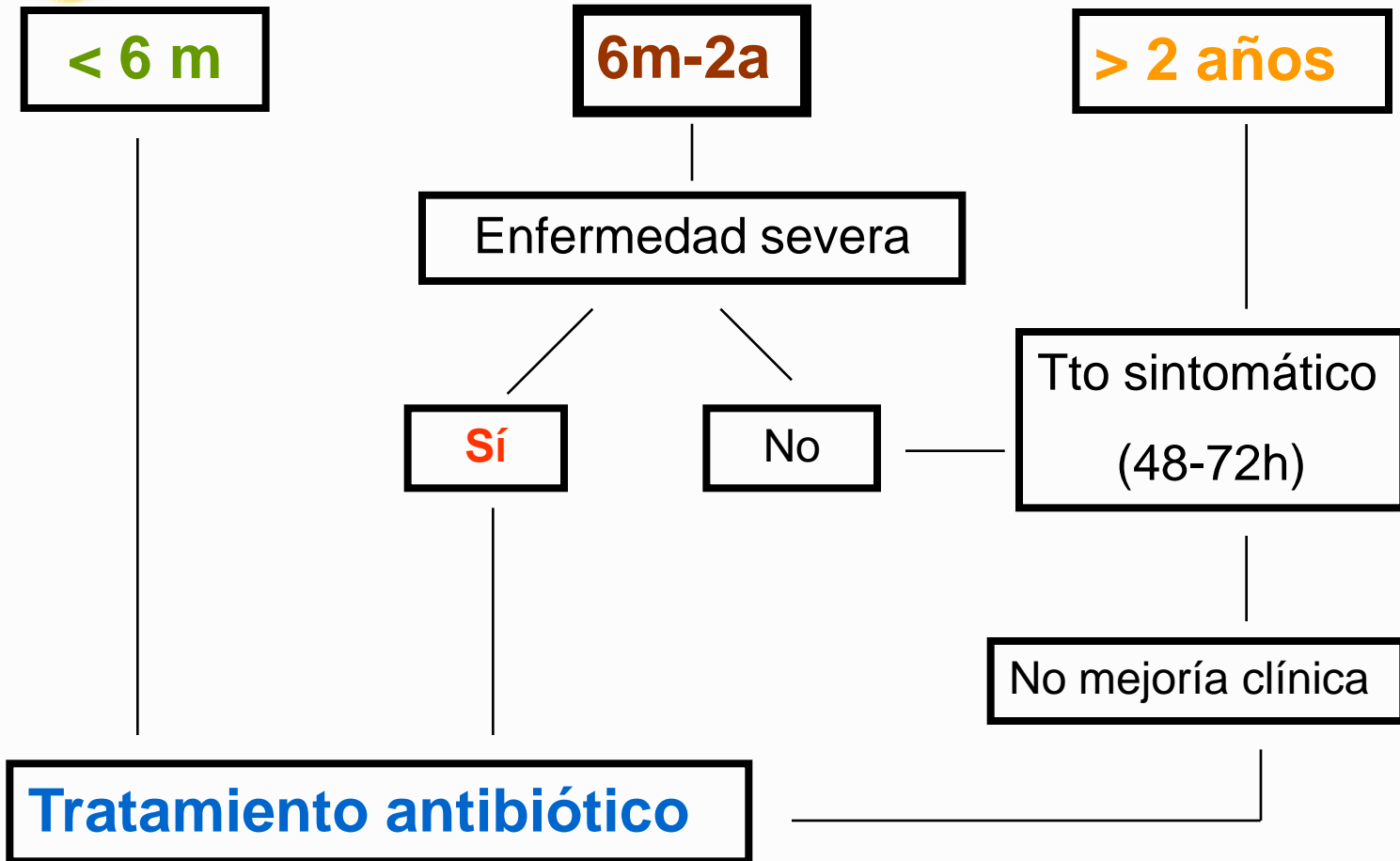
(severa)

Temperatura

($\geq 39^{\circ}\text{C}$)

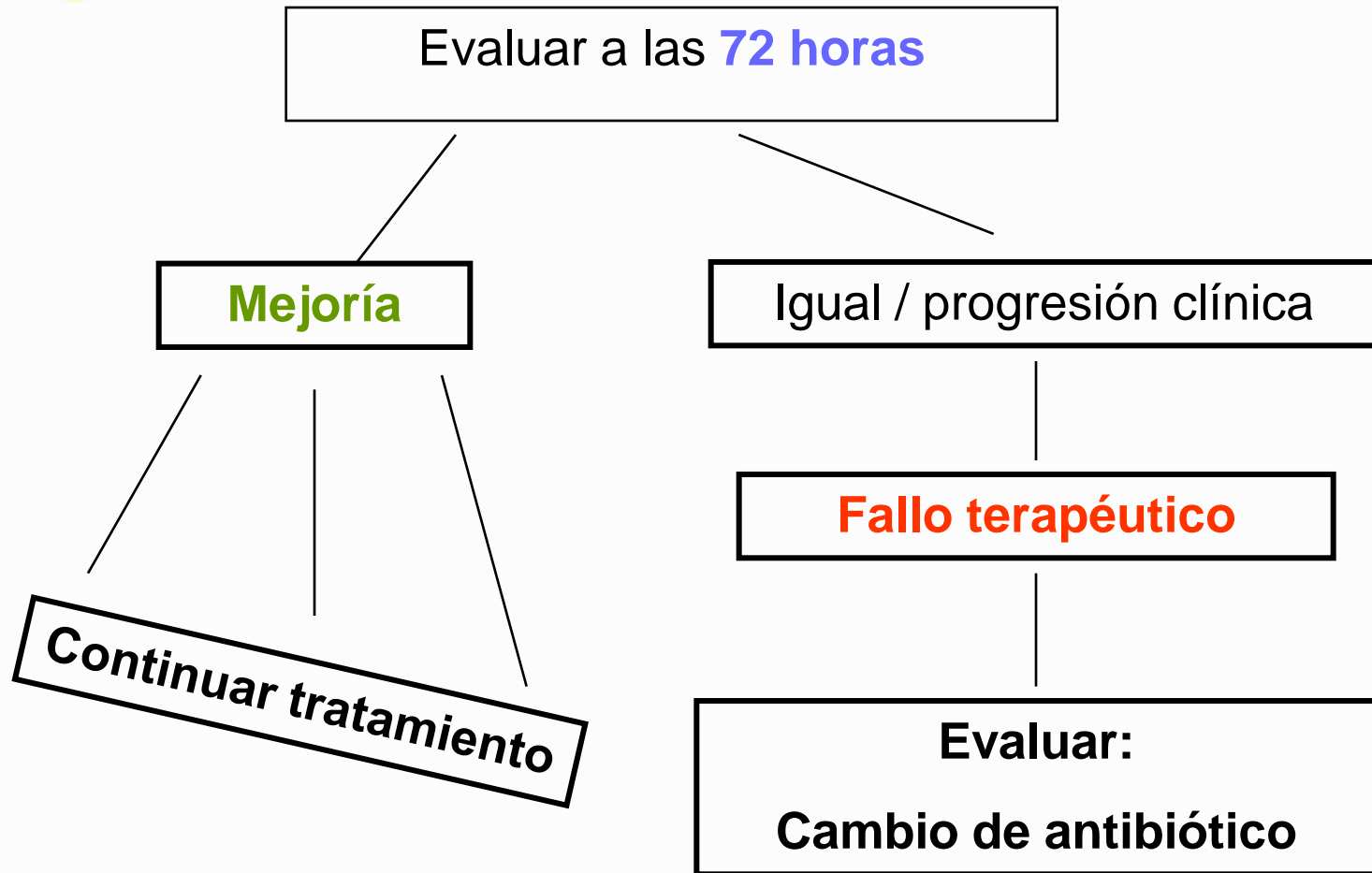


Uso de antibióticos





Seguimiento





Primera línea

Penicilinas

- ⊕ Amoxicilina

Dosis: 80 - 100 mg /Kg /d cada 12 horas

Si alergia a penicilinas

- ⊕ Macrólidos

Azitromicina: 5-10 mg/kg/diario 5 días



Segunda línea

☉ Amoxicilina + inhibidores de betalactamasas:

- a) Augmentín
- b) Trifamox IBL

☉ Cefuroxima axetil (Zinnat):

30- 40 mg/kg/d cada 12 horas



Tercera línea

Ceftriaxone:

Dosis : 50 mg/kg/d cada 24 horas

Clindamicina

Dosis: 30 – 40 mg/kg/d cada 8 horas

Timpanocentesis



Duración del tratamiento

10 días

5- 7 días

Niño > 2 años.

OMA no complicada.

- No hay antecedentes de OM recurrente.
- Paciente inmunocompetente.
- No perforación de membrana timpánica.



Signos de alarma de complicaciones óticas

- ❑ Aumento o disminución brusca de la otorrea.
- ❑ Fiebre en agujas.
- ❑ Cambios de conducta.
- ❑ Parálisis facial.
- ❑ Caída del techo o pared postero-superior del conducto auditivo externo.



Criterios para derivación al ORL

- Otitis media recurrente.
- Otitis que no responde al tratamiento y que ha recibido al menos 2 series de antibióticos.
- Otitis media serosa con efusión persistente por más de 3 meses.
- Presencia de complicación tales como mastoiditis, parálisis facial, trombosis venosa lateral, meningitis, absceso cerebral o laberintitis.



Recuerde (I)

- No se puede hacer diagnóstico de OMA sin practicar otoscopía al paciente.
- Use los antimicrobianos de forma prudente.
- Usar siempre amoxicilina a dosis altas.



Recuerde (II)

- Reevalúe su paciente a las 72 horas.
- El ingreso hospitalario de un paciente con OMA lo decide la clínica del paciente.
- La cefalexina no está considerada para el tto de la OMA.
- El sulfaprim no se recomienda en Cuba por su alta resistencia antimicrobiana en esta entidad.



Neumonía



Neumonía Adquirida en la Comunidad. (NAC)

Proceso inflamatorio del parénquima pulmonar cuyas manifestaciones clínicas se inician en el ambiente extrahospitalario o en las primeras 72 horas del ingreso.



Etiología

Factor más importante → *Edad*

Agentes más frecuentes

☞ *Streptococcus pneumoniae*

☞ *Virus*

☞ *Mycoplasma pneumoniae*

☞ *Haemophilus influenzae*

☞ *Staphylococcus aureus*



Aproximación etiológica

Combinación de criterios

☯ *Clínico-epidemiológico*

☯ *Humorales*

☯ *Radiológicos*

Aproximación etiológica

	Neumonía virus respirat	Neumonía atípica	Neumonía típica
		<i>M. pneumoniae</i>	<i>S. pneumoniae</i>
Edad	< 3 años	Mayor 5 años	Todas
Estación climática	Invierno	Todas (primavera)	Invierno
Inicio	Variable	Insidioso	Brusco
C. estado gral	Variable	Escaso	Variable
Fiebre	Variable	No alta	Alta
Taquipnea	Común	Infrecuente	Común
Tos	Seca-paroxística	Seca-paroxística	Productiva
Otros síntomas	Varios	Varios	Dolor abdominal
Dolor costal	No	No	Sí
Examen físico	Variable, sibilancias	Variable (ES)	Estertores crepitantes
Leucocitosis	Variable (linfocitosis)	Inhabitual	Leucocitosis (neutrofilia)
PCR	Variable	Normal	Alta
Radiología	Intersticial	Variable	Consolidación lobar/ segmentaria
Efusión pleural	No	10-20%	Frecuente
Ambiente epidémico	Frecuente	Brotos	No



Factores de riesgo

- ⌚ *Prematuridad*
- ⌚ *Edad*
- ⌚ *Desnutrición*
- ⌚ *Exposición a contaminantes inhalados*
- ⌚ *Enfermedades crónicas*
- ⌚ *Bajo nivel socioeconómico*
- ⌚ *Asistencia a guarderías*
- ⌚ *Uso previo de antibióticos*



Diagnóstico

- ☞ *Manifestaciones clínicas*
- ☞ *Radiografía del tórax, clave del diagnóstico*
- ☞ *Complementarios:*
 - ☐ *Hemograma y eritrosedimentación*
 - ☐ *Serología (en el caso de virus, micoplasma)*
 - ☐ *Diagnóstico positivo: Cultivo de fluidos estériles. látex, contrainmunolectroforesis*



Criterios de Ingreso

🕒 *Menor de un año.*

🕒 *Factores de riesgo a cualquier edad.*



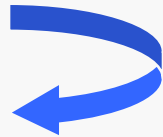
Criterios de ingreso en UCI

1. *Neumonías extensas en :*
 - ↳ *Lactante < 6 meses.*
 - ↳ *Pacientes de cualquier edad con enfermedades crónicas pulmonares o extrapulmonares.*
2. *Pacientes de cualquier edad con manifestaciones de sepsis.*
3. *Presencia de complicaciones pulmonares o extrapulmonares.*
4. *Trastorno de la función respiratoria.*

Neumonía atípica



*Engrosamiento de la membrana
alveolo-capilar*



*Dificultad en el intercambio gaseoso.
Predominio de las manifestaciones de
insuficiencia respiratoria.
Imagen difusa de aspecto lineal,
reticular.*

Neumonía típica



*Afectación homogénea a nivel alveolar,
Casi sin afectación de bronquiolos ni
intersticio*



*Patrón alveolar.
Imagen de consolidación lobar.
Broncograma aéreo.
Derrame pleural.*



Tratamiento

☞ *Tratamiento sintomático*

☞ *Tratamiento específico*



Cepas sensibles a la penicilinas

☺ *Penicilinas naturales*

☺ *Aminopenicilinas*



Resistencia intermedia a la penicilina

☹ *Betalactámicos en dosis elevadas*



Resistencia elevada a la penicilina

- ☹ *Cefalosporinas 3 generación*
- ☹ *Nuevas fluoroquinolonas*
- ☹ *Glicopéptidos*

Serotipos con mayor Resistencia
6-9-14-19-23






Factores de riesgos para NAC por *Sp* resistente

- ➡ *Edad menor de 2 años*
- ➡ *Que asisten a salas cunas y círculos infantiles*
- ➡ *Uso reciente de antibióticos betalactámicos*
- ➡ *Otitis media aguda recurrente*



Neumonía grave

-  *Signos de sepsis asociados a la neumonía.*
-  *Signos de insuficiencia respiratoria grave.*
-  *Progresión de la imagen radiológica.*



Cuba..???

Estudio de la resistencia a penicilina por CIM

2000-2005

Total de cepas SP estudiadas: 842

- ❑ **73,2 %** *sensibles a la penicilina.*
- ❑ **16,2 %** *resistencia intermedia.*
- ❑ **10,7 %** *resistencia alta.*



Cuba..???

Resistencia a cefalosporinas

Sólo un 3,6 % de susceptibilidad disminuida

*No hay resistencia a:
Cefalosporinas 3 G
Vancomicina*



En neumonías condensantes

☞ *Penicilina G sódica cristalina (Elección):*

100 000 - 400 000 uds/Kg/día

☞ *Cefalosporinas de segunda y tercera generación parenterales.*

☞ *Glicopéptidos.*

☞ *Otras opciones*



En neumonías intersticiales

☞ *De causa viral.*

Generalmente sintomático.

Ribavirina micronebulizada

(casos graves de neumonías por VSR, influenza A y B).

☞ *Gérmenes atípicos.*

Azitromicina

Eritromicina



Pautas en el tratamiento de la NAC

Neumonía no complicada
No antecedentes de alergia a penicilina



Tratamiento de elección:

Penicilinas



Pautas en el tratamiento de la NAC

Alergia a las penicilinas

Neumonía complicada

Neumonía grave

Sospecha de gérmenes altamente resistentes



Recomendamos:

Cefalosporinas de 3 G

Vancomicina



Nuestra mejor opción

Vacuna heptavalente contra Sp

