


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON OTITIS MEDIA CON
EFUSIÓN**

INDICE

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVO ESPECIFICO
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA
20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
21. SEGUIMIENTOS /CONTROLES
22. ALGORITMO Y TABLAS
23. REFERENCIAS

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 2 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

1. AUTOR

Dr. Erasmo Vallester, otorrinolaringólogo.

2. REVISORES

Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto el autor como los revisores del protocolo declaran que no existe conflicto de intereses.

4. JUSTIFICACIÓN

Debido a la alta prevalencia de la OME, su evolución variable desde una patología sin impacto para el paciente, en la mayoría de los casos, a una condición que puede comprometer la audición del paciente por periodos de tiempo variable, llegando a veces a comprometer el desarrollo del lenguaje, el habla o el aprendizaje.

5. ALCANCE

Para la evaluación y manejo de pacientes pediátricos con otitis media con efusión por médicos del cuarto de urgencias y salas de hospitalización del Hospital del Niño de Panamá.

6. PROPÓSITO


Crear una guía para reunir y actualizar conceptos de diagnóstico y tratamiento de la otitis serosa. Para una evaluación y manejo uniforme de pacientes pediátricos con otitis media con efusión en urgencias y salas del Hospital del Niño de Panamá. Tomando en cuenta que en la mayoría de los casos es una patología auto limitada; nos interesa un diagnóstico temprano y un manejo basado en la evolución del cuadro e impacto en desarrollo del habla y lenguaje y con la utilización de pruebas sencillas.

7. OBJETIVO GENERAL

Utilizar pautas de diagnóstico y tratamiento actualizadas para el manejo de la OME.

8. OBJETIVO ESPECIFICO

- Lograr un diagnóstico precoz de los pacientes con otitis media con efusión.
- Establecer el tratamiento según su evolución de los pacientes con otitis media con efusión.
- Evitar tratamientos más agresivos en el manejo de una patología de naturaleza benigna.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 3 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

- Prevenir las secuelas anatómicas y funcionales que pueden resultar de un tratamiento incorrecto o inoportuno.

9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

No se disponen de datos locales del comportamiento de la enfermedad en niños en Panamá.

10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD (CIE 10)

H65.0 Otitis media serosa aguda

- H65.00 Otitis media serosa aguda, oído no especificado
- H65.01 Otitis media serosa aguda, oído derecho
- H65.02 Otitis media serosa aguda, oído izquierdo
- H65.03 Otitis media serosa aguda, bilateral
- H65.04 Otitis media serosa aguda, recurrente, oído derecho
- H65.05 Otitis media serosa aguda, recurrente, oído izquierdo
- H65.06 Otitis media serosa aguda, recurrente, bilateral
- H65.07 Otitis media serosa aguda, recurrente, oído no especificado

H65.2 Otitis media serosa crónica

- H65.20 Otitis media serosa crónica, oído no especificado
- H65.21 Otitis media serosa crónica, oído derecho
- H65.22 Otitis media serosa crónica, oído izquierdo
- H65.23 Otitis media serosa crónica, bilateral


H65.3 Otitis media mucoide crónica

- H65.30 Otitis media mucoide crónica, oído no especificado
- H65.31 Otitis media mucoide crónica, oído derecho
- H65.32 Otitis media mucoide crónica, oído izquierdo
- H65.33 Otitis media mucoide crónica, bilateral

11. EPIDEMIOLOGIA

La causa exacta es incierta. Al menos el 50% es posterior a una OMA sobre todo en los menores de 3 años. La prevalencia post OMA de OME es del 40% al mes, el 20% a los 2 meses y el 10% a los tres meses. En niños preescolares, pueden darse en promedio 4 episodios al año de OME auto limitada, habitualmente asociada a cuadros respiratorios agudos.

Es muy frecuente entre 1 y 6 años, dentro de este grupo es más frecuentemente entre los 6 meses y los 4 años. La prevalencia alrededor de los dos años es del

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 4 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

20% y entre los 7-8 años aproximadamente del 8%. El 80% de todos los niños han padecido al menos una OME a los 10 años, con mayor incidencia en invierno. La mayoría ni consultan. El tiempo medio acumulado con derrame en el oído medio bien por OMA, OME u otorrea es de al superior al 20% y cercano al 17% en el primer y segundo año de vida, respectivamente.

También puede presentarse una OME en forma espontánea, en relación con una disfunción de la trompa de Eustaquio o por la respuesta inflamatoria que sigue a una otitis media aguda (OMA). La mayoría de los episodios se resuelven espontáneamente, pero, 30-40% de los pacientes tiene episodios recurrentes y en 5-10%, estos episodios pueden durar más de un año.

La otitis media con derrame es la causa más frecuente de hipoacusia en los niños.

12. DEFINICIONES


La Otitis Media con Efusión (OME) es una patología frecuente en la población pediátrica (también llamada otitis media serosa, otitis media secretora o líquido en el oído), que se caracteriza por la presencia de líquido seroso o mucoso en el oído medio, sin signos de infección aguda. Clínicamente, se puede presentar tanto en forma asintomática como con hipoacusia, sensación de oído tapado, puede producir alteraciones del sueño e incluso vértigo. El síntoma y causa más frecuente de consulta es la hipoacusia siendo detectada en la mayoría de los casos por medio del examen clínico dirigido en conjunto con una impedanciometría.

La persistencia de la OME por más de 3 meses se denomina OME crónica y suele estar acompañada de una hipoacusia conductiva, síntomas del equilibrio, mal rendimiento escolar, problemas de conducta, molestia en el oído o alteraciones medibles en la calidad de vida.

13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La sospecha de OME se presenta en diferentes escenarios, puede ser detectada en un estudio auditivo de tamizaje neonatal o en pacientes pediátricos, un hallazgo del examen físico o detectada por la sintomatología asociada a OME como pérdida auditiva, molestia en el oído, alteraciones del equilibrio, otalgia leve, alteraciones del desarrollo del habla o el lenguaje, mal rendimiento escolar, conducta inquieta, entre otros.

El examen físico es variable, el tímpano puede tener un aspecto normal, una leve pérdida de la transparencia, coloración rosada, hipervascularización de la membrana timpánica, ligera retracción de la membrana timpánica, nivel hidroaéreo

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 5 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

o burbujas de aire que se ven por transparencia o francamente presentar bolsillos de retracción o atelectasia timpánica.


Otoscopía neumática

Desde las primeras guías publicadas para el manejo de la Otitis media con efusión y hasta la actualidad se considera a la otoscopía neumática como una forma de confirmación del diagnóstico de OME, inicialmente se indicaba como una técnica muy útil en manos expertas, pero ya en las guías de la Academia Americana de Otorrinolaringología aparece como “fuertemente recomendable” la realización de esa técnica para el diagnóstico de OME. Se reconoce que en estudios realizados en atención primaria sólo entre el 7 y el 33% de los casos de OME fueron diagnosticados con otoscopía neumática.

La otoscopía neumática consiste en insuflar aire con una pera de goma adosada al otoscopio, mientras se observa la membrana timpánica. Lo normal es la observación de un ligero movimiento de la membrana con el cambio de presión producido en el conducto auditivo externo (CAE), pero cuando existe OME, el líquido en el oído medio reduce en forma significativa o elimina en forma completa esa movilidad. Esta prueba, fácil de aprender por cualquier examinador entrenado en otoscopía, tiene una sensibilidad de 94% para la detección de OME y una especificidad de 80%, comparada con la timpanocentesis (punción timpánica). La limitante de la técnica está en la poca difusión que tiene entre los médicos clínicos.

Impedanciometría

El examen más difundido para la detección de la OME es sin duda la Timpanometría o Impedanciometría. Puede realizarse en pacientes que no cooperan para la realización de la otoscopía neumática o en los cuales la realización de ésta no es concluyente. Usualmente es indolora, simple y existen incluso aparatos portátiles para realizarla. Esta prueba entrega una medición objetiva de la movilidad de la membrana timpánica, al graficar la magnitud de la energía sonora reflejada por ésta, emitida por una pequeña sonda en el Conducto Auditivo externo (CAE). El resultado se expresa como un gráfico llamado timpanograma que tiene como parámetros la presión de aire (en decapascales: daPa) en el CAE en el eje X y la admitancia estática o compliancia (en cm³) en el eje de las Y, que refleja la energía absorbida por la membrana timpánica (Figura 1). Adicionalmente se suele graficar en el reporte del examen, el volumen estimado del CAE distal a la sonda de medición lo que aporta información al examinador sobre las características de la membrana timpánica.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 6 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

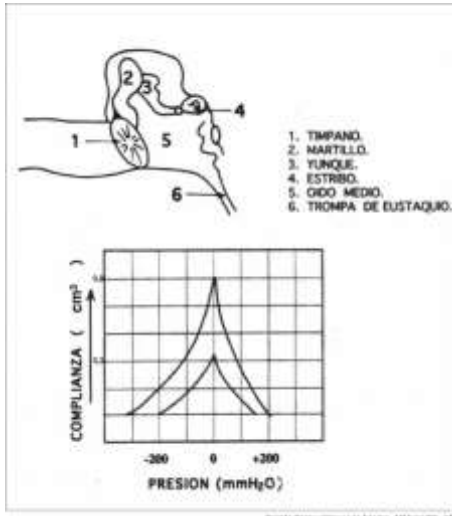
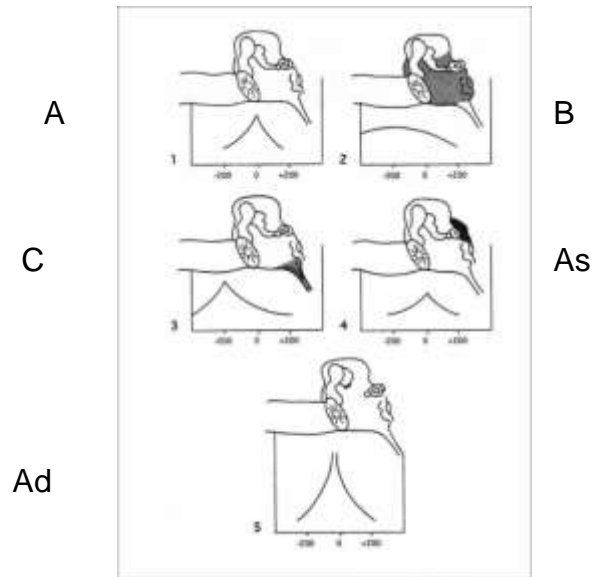



Fig.1 Impedanciometría normal

La interpretación de la Impedanciometría se ha realizado tradicionalmente por la forma de la curva, siendo la curva normal “A” (con un peak que se encuentra a una presión entre -100 y +50 daPa y una compliancia entre 0,3 y 0,9cm³ para los niños). Deca Pascales (daPa). La curva “B”, es una curva plana, que no muestra un peak definido y que está asociada a una alta probabilidad de OME en la mayoría de los casos. También puede presentarse un peak de compliancia a presiones menores que -100daPa, lo que se llama curva “C” y que representa una dificultad en la ventilación del oído medio por la trompa de Eustaquio, lo que puede asociarse a una probabilidad intermedia de efusión en el oído medio (Figura 2).

Fig.2 Interpretación de la Impedanciometría.



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 7 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

Comparada con timpanocentesis (la perforación quirúrgica del tímpano que demuestra la presencia de líquido en el oído medio), la impedanciometría con curva "B" tiene una sensibilidad para el diagnóstico de OME de 90-94% y una especificidad de 50-75%. Se recomienda fuertemente la realización de una impedanciometría en niños en que existe sospecha de OME y en que la otoscopia neumática no es concluyente.


Existe un grupo especial de pacientes portadores de OME, que son niños que presentan comorbilidades que determinarán una susceptibilidad especial a alteraciones del desarrollo del habla, del lenguaje y del aprendizaje cuando se presenta conjuntamente con OME y que en algunos casos se asocia a una prevalencia de OME más alta que la observada en la población general.

Niños con factores de riesgo y OME

En estos niños se recomienda una especial atención en el diagnóstico de los factores de riesgo y se recomienda, siempre realizar una búsqueda dirigida de OME al momento del diagnóstico de la condición de riesgo específica y volver a realizar pruebas de tamizaje para detectar OME a la edad de 12-18 meses si es que el diagnóstico del factor de riesgo es antes del año de vida.

Estos factores de riesgo asociados a OME son:

- Hipoacusia permanente, independiente de la OME.
- Alteración o retraso de lenguaje confirmado o sospechado
- Desórdenes del espectro autista u otros trastornos del desarrollo.
- Síndromes genéticos (Down, desórdenes craneofaciales, entre otros) que incluyen alteraciones del lenguaje o cognitivas.
- Ceguera o compromiso visual irreversible.
- Fisura palatina con o sin síndrome asociado.
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Disfunción de trompas de Eustaquio.
- Fibrosis quística. Disquinesia ciliar primaria.
- Rinitis alérgica.
- Factores ambientales que aumentan el riesgo de OMD:
- Tabaquismo pasivo.
- Guardería.
- Hermano con historia de OME.
- Clase económica baja.
- Infecciones respiratorias agudas del tracto superior frecuentes.
- Uso de Biberón.
- La época de invierno.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 8 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

En el caso que se diagnostique OME en un niño con factores de riesgo y que sea de esperarse una evolución lenta (o sea que tenga una curva tipo “B” o que la OME tenga más de 3 meses de evolución), se recomienda la colocación de tubos de ventilación.

Tamizaje en niños sanos en busca de OME


En contraste con los pacientes con factores de riesgo, en los pacientes sin factores de riesgo del desarrollo, por la presencia concomitante de OME, se espera una evolución favorable en la mayoría de los casos. La alta prevalencia de la OME en la población (15-40% de los preescolares sanos) haría que el porcentaje de derivación con ese tamizaje fuera muy alto para conducir a pocas intervenciones de utilidad discutible. En resumen, se recomienda **no realizar tamizaje** rutinario en pacientes asintomáticos y sin factores de riesgo para la presencia de esta última recomendación se refiere al tamizaje para OME, pero no modifica las pautas de tamizaje auditivo.

Consideraciones en pacientes que no pasan el tamizaje neonatal

En los distintos programas de tamizaje neonatal, se observa un porcentaje de pacientes que no pasan, es decir, no obtienen el resultado esperado para confirmar la audición normal en uno o los dos oídos. En un estudio prospectivo de pacientes que no pasan y fueron referidos a reevaluación se observó que el 55% de los pacientes presentaban OME, pero de ellos el 23% tuvieron una resolución espontánea. En otro estudio de cohorte se observó que de los niños que no pasan el tamizaje neonatal y que presentaban OME, el 11% tenía asociada a la OME una hipoacusia neurosensorial (HANS), es decir una hipoacusia no causada exclusivamente por la OME 9.

Evaluación auditiva en niños con OME

Como se indicó previamente, la OME no siempre compromete la audición de los pacientes y podría observarse hipoacusia en cerca del 50% de los pacientes con OME según los criterios que se use para el diagnóstico de OME. La pérdida auditiva de conducción observada en OME se ha visto que varía entre 10-15db (sobre el umbral en el mismo paciente sin OME), con un promedio de umbral auditivo de 28db (normal menor de 20db). Dada la alta prevalencia y que existe un importante porcentaje de resolución espontánea de la OME y considerando que el compromiso auditivo será un riesgo en pacientes en que persista por largo tiempo, la evaluación auditiva se recomienda en pacientes en que la OME tiene más de 3 meses de evolución desde la instalación o desde el diagnóstico (si la fecha de inicio es incierta). También en los pacientes que tienen factores de riesgo para la presencia de OME y los pacientes en que se prevé instalar tubos de ventilación de oídos se debe realizar estudios auditivos. Las evaluaciones auditivas deben ser adecuadas a la edad de cada paciente. La evaluación de la audición en menores

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 9 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

de 4 años siempre deberá individualizarse según las condiciones de cada paciente y en muchos casos tendrá que evaluarse, entre el otorrinolaringólogo y el audiólogo clínico, la estrategia adecuada para obtener la información más precisa posible sobre la audición del paciente en cuestión.

14. HALLAZGO DE LABORATORIO

No son necesarios exámenes de laboratorio específicos para el diagnóstico de la OME. Podrían solicitarse en algunos casos una biometría hemática. Se deben completar los exámenes de rutinas para otras patologías.

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar principalmente con la OMA. Tanto en la otitis media aguda como en la OME se observa una disminución de la movilidad del tímpano y una opacificación. El diagnóstico de OMA se debe realizar en los niños que presentan un abombamiento de moderado a grave de la membrana timpánica o ante la presencia reciente de otorrea no atribuible aun a otitis externa, o bien un abombamiento moderado de la membrana timpánica y presencia (menos de 48 horas) de otalgia, tocamiento del oído en lactantes no verbales o intenso eritema de la membrana timpánica.

Pacientes con OMA habitualmente tienen fiebre de inicio agudo, otalgia, irritabilidad, cambios conductuales, trastornos del sueño.

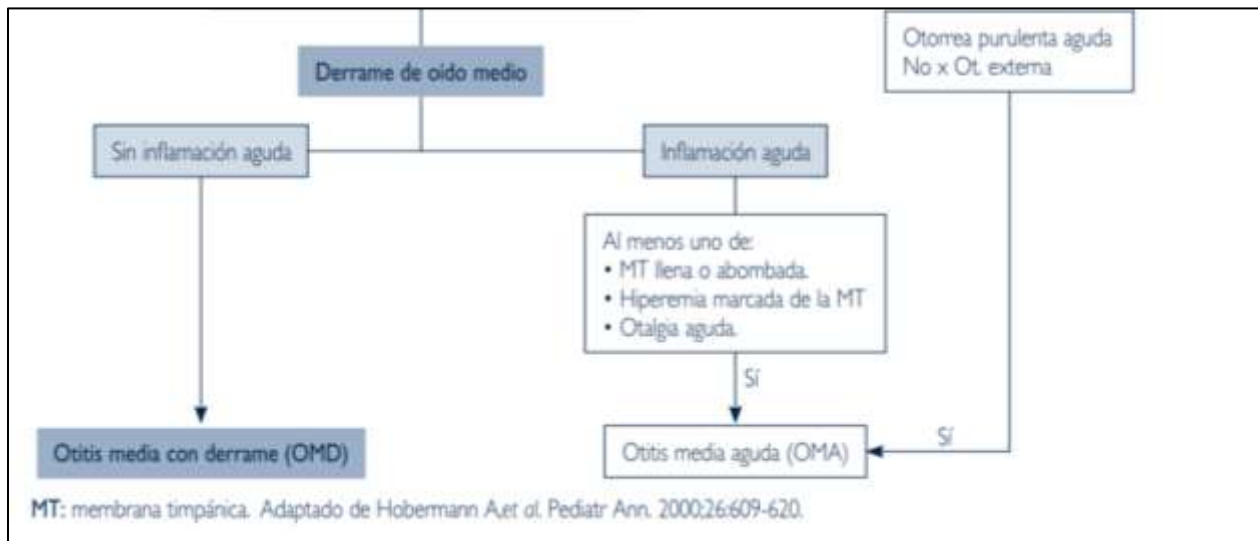



Fig.3 Diagnóstico diferencial de Otitis Media con Efusión vs Otitis Media Aguda

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 10 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

16. TRATAMIENTO

Considerando que la OME muchas veces será auto limitada, está fuertemente recomendado realizar un “control vigilado” del paciente en que se diagnostica por primera vez una OME, o es un episodio nuevo. Se recomienda un tiempo de observación por 3 meses. La fundamentación de esta recomendación está en la historia natural de la OME, en que vemos que los porcentajes de resolución espontánea son altos. Durante ese período de observación, a veces será necesario tomar conductas para paliar una hipoacusia leve a moderada que puede comprometer en diversas formas la calidad de vida del paciente, en general en forma transitoria.

Existen excepciones para la indicación de control vigilado, que es la OME en paciente con factores de riesgo para OME. En estos pacientes, existe la recomendación de instalación de tubos de ventilación, dado que en ellos podría haber una repercusión mayor que en los pacientes sin factores de riesgo tanto en el desarrollo del lenguaje como en la calidad de vida. Otra excepción a los tres meses de observación es el caso de los pacientes portadores de OME que además presentan OMA recurrente.


Tratamiento médico:

Uso de medicamentos en OME

Existe una fuerte recomendación por parte de la (Asociación Americana de Otorrinolaringología) AAO en contra del uso de medicamentos (corticoides, antibióticos, antihistamínicos, descongestionantes) para el manejo la OME. Esto es, considerando que la indicación primaria sea el tratamiento de la OME y no el tratamiento de otra patología asociada que tiene indicación de un medicamento determinado por sí misma. Por ejemplo: esta recomendación no se aplica para un paciente con rinitis alérgica que requiere el uso de antihistamínicos y de inhaladores nasales de corticoides por su rinitis; en este caso, obviamente sí deben usarse los medicamentos.

Los Corticoides orales y tópicos no están indicados para el tratamiento de la OME. Por otro lado, los pacientes que presentan rinitis alérgica sí tendrían un beneficio con el uso de corticoides tópicos, pero este beneficio está dado por el tratamiento de la inflamación alérgica que sería un factor favorecedor de la OME y no como tratamiento de la OME propiamente tal.

En cuanto a los Antibióticos una revisión de Cochrane de 2012 mostró un beneficio discreto en la resolución total de la OME con antibióticos tanto por períodos cortos como largos de uso. Por otro lado, no hubo mejoría en la hipoacusia o en la tasa de pacientes que requirieron tubos de ventilación de oído. Existe nuevamente una excepción para los casos en que el paciente presente una

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 11 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

infección bacteriana con indicación de antibiótico por sí misma (por ejemplo: una sinusitis aguda).

Para los antihistamínicos y descongestionantes, considerando terapias de diferente duración (desde menos de un mes hasta más de 3 meses), mostró en forma consistente la carencia de beneficios de usar estas terapias tanto en la resolución de la OME como de la hipoacusia. Sí se encontró cierto beneficio en la sintomatología alérgica nasal y ocular.

El montelukast tampoco se demostró eficiente en la resolución de la OME.

Otros tratamientos en pacientes con OME:

Si evaluamos otros tipos de tratamientos, encontramos que no se ha realizado trabajos de metodología adecuada que demuestren beneficios con otras terapias médicas complementarias o con medicina alternativa. De todos modos, dado que no hay evidencia de efectos adversos significativos y dado que los costos son bajos en la mayoría de las terapias probadas, no habría contraindicación en sugerir maniobras de Valsalva en el período de observación de una OME, mientras se espera la resolución espontánea. Dentro de las técnicas usadas, el aparato de Politzer sería la que podría tener mayor eficiencia.

Tratamiento quirúrgico:


Indicaciones de tubos de ventilación de oídos

En el caso de pacientes que presentan factores de riesgo asociados a OME, si se prevé un tiempo prolongado de OME, por ejemplo, por una curva tipo B en la impedanciometría o si presenta una pérdida auditiva demostrada, se recomienda la instalación de tubos de ventilación. Esto último, se cumple incluso sin esperar los 3 meses de evolución, porque se entiende que los pacientes que presentan los factores de riesgo antes mencionados, están expuestos a un riesgo mayor de secuelas asociadas a la OME.

También se recomienda la instalación de tubos de ventilación en el caso de pacientes que presentan una OME uni o bilateral por más de tres meses, y donde el paciente presenta algún tipo de síntoma asociado a la OME, que pueden ser tan diversos como problemas de equilibrio, pobre rendimiento escolar, alteraciones de conducta, molestias en el oído o reducción en la calidad de vida motivada por la OME.

Ya se mencionó que en los pacientes portadores de OME crónica que presenten pérdida auditiva significativa o en los que se sospecha alteraciones estructurales de la membrana del tímpano o del oído medio, existe la indicación de colocar tubos de ventilación.

En el caso de pacientes que presentan OME asociada a OMA recurrente, también se recomienda la instalación de tubos de ventilación. La OMA recurrente está definida como 3 o más episodios de OMA bien documentada en los últimos 6

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 12 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

meses o 4 episodios de OMA bien documentados y separados en los últimos 12 meses habiendo sido el último en los últimos 6 meses.

En el caso de pacientes que son portadores de tubos de ventilación que presenten otorrea, ésta habitualmente será una manifestación de otitis media aguda, en que muchas veces el paciente no tendrá dolor. En esos pacientes hay una fuerte recomendación de tratar la infección sólo con gotas de antibióticos tópicos (p.ej. quinolonas), estando contraindicadas las gotas con potencial ototóxico como los aminoglucósidos. La idea de esta recomendación es no usar antibióticos orales en casos en que no sean necesarios y reservar su uso para casos en que se presente una complicación (por ejem. otomastoiditis) o en que existan factores de riesgo para una infección de mayor magnitud (p.ej. inmunosuprimidos).


Por último, en los pacientes portadores de tubos de ventilación existe una recomendación en contra de indicar taponos de protección contra el agua en forma rutinaria. El médico tratante debe decidir si en alguna condición particular de un paciente se justifica tomar precauciones para evitar la entrada de agua en los oídos.

Cuando se realiza la cirugía de tubos de ventilación de oídos, muchas veces ésta se realizará en conjunto con una cirugía de adenoides. En la última guía clínica de la AAO, una de las modificaciones en base a los últimos ensayos clínicos evaluados es la recomendación de no realizar adenoidectomía en niños menores de 4 años, excepto que exista otra indicación independiente de la OME para adenoidectomía (ejem: obstrucción nasal o adenoiditis crónica). Por otro lado, en los pacientes mayores de 4 años en que se realizará una cirugía por OME, sí se recomienda hacer la adenoidectomía junto a la instalación de tubos de ventilación, dado que se ha demostrado en ese grupo de población una mejor relación riesgo beneficio. La amigdalectomía no debe ser realizada como tratamiento de la OME porque esta cirugía no tendría una relación con el tratamiento de la enfermedad.

17. CRITERIOS DE REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD

El médico que trata una OME debe documentar la resolución de la efusión del oído, la mejoría auditiva y la mejoría de la calidad de vida del paciente en que se ha diagnosticado una OME.

Si se demuestran alteraciones en el desarrollo del lenguaje, hipoacusia que afecte la calidad de vida del paciente trastornos del equilibrio. Se debe referir al especialista o si la OME que dura más de 3 meses donde se considera OME crónica.

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 13 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

Frente a una OME crónica, los factores que se asocian a una menor probabilidad de resolución espontánea son:

- Inicio de la OME en otoño o verano
- Pérdida auditiva de más de 30db en el mejor oído
- Historia previa de tubos de ventilación de oídos
- No tener antecedentes de adenoidectomía.

Por último, cabe destacar que cuando la OME se acompaña de retracción de la membrana timpánica, el paciente debe permanecer en estricto control por un especialista otorrinolaringólogo quien evaluará el momento adecuado para indicar una timpanoplastia que corrija dicha retracción.


PROTOCOLO DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE OME



Fig.4 Algoritmo de manejo y seguimiento de la OME

18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

En alrededor del 75% de los pacientes con OME, se resuelven dentro de los 3 primeros meses cuando ésta ocurre después de una OMA. Si la OME es de inicio espontáneo y la fecha de instalación es incierta, la probabilidad de resolución espontánea baja a 56%. Sin embargo, si la fecha de instalación es conocida, el porcentaje de resolución (en OME de cualquier causa), sin tratamiento adicional, sube a 90%. Por último, si la OME se inicia en verano, si la pérdida auditiva es mayor a 30 db o si el paciente ha tenido tubos de ventilación previamente, son

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 14 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

otros factores que también condicionan a una menor probabilidad de resolución espontánea.

También existen otros factores que favorecen la formación de OME como la edad, dada la anatomía de la trompa de Eustaquio en los niños (menores de 4 años es más horizontal y más fácilmente colapsable), el ser fumadores pasivos, el sexo masculino y asistir a guarderías. En los pacientes mayores de 5 años que exista una condicionante genética significativa.

Por otro lado, en pacientes que tuvieron lactancia materna (menos riesgo mientras más tiempo de lactancia), ésta es un factor favorecedor o de menor riesgo de OME.

Es muy importante tomar en cuenta el grado de repercusión auditiva que tendrá el paciente con una OME de reciente instalación, con buen pronóstico de resolución espontánea, puede ser mínimo.

19. RECOMENDACIÓN PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES


Ya se mencionó la importancia de informar y explicar la presencia de OME en un paciente que no pasa el tamizaje auditivo neonatal. Esto es, para asegurar el adecuado seguimiento, que permita corregir la hipoacusia y establecer con certeza la presencia o no de otras causas de hipoacusia.

En el caso de los pacientes en que se ha diagnosticado OME, existe la recomendación de informar la historia natural de la enfermedad, la necesidad de seguimiento y la posibilidad de secuelas. Dentro de los factores de riesgo para la ocurrencia de OME, ya se mencionó que puede ocurrir luego de una infección respiratoria aguda, asociada a la disfunción de la trompa de Eustaquio propia de la infancia o como resultado de una OMA.

Para disminuir el grado de repercusión auditiva que tendrá el paciente, puede ser adecuado tomar medidas temporales para mejorar su comprensión auditiva, como hablarle mirándolo de frente, que tenga un puesto adelante en la sala de clases, entre otros.

Dentro de las conductas que puede tomar la familia para prevenir nuevos episodios de OME, en casos de OME recurrente, las medidas de higiene para prevenir infecciones respiratorias agudas (vacuna antineumocócica, lavado de manos), favorecer la lactancia materna y eliminar la exposición al humo del tabaco. Merece atención especial el uso de chupete en lactantes, dado que la limitación de su uso en la noche, en menores de 18 meses de edad, reduce el riesgo de OMA en 30%.

Por último, se recomienda informar a la familia del niño que presenta OME bilateral e hipoacusia asociada sobre las posibles repercusiones de esta condición en el desarrollo del lenguaje del niño. Esto pretende alertar a los padres o cuidadores para detectar precozmente alteraciones en el desarrollo del lenguaje y así poder tratarlas oportunamente. El médico debe indagar sobre posibles

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 15 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

alteraciones de la comunicación o del lenguaje que pueda estar presentando el paciente en que se diagnostica una OME.

20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL

Las medidas preventivas y de control van orientadas a minimizar los factores que pueden provocar la persistencia del derrame puede deberse a:


- Evaluar la disfunción de la trompa de Eustaquio.
- Evaluar por Infección bacteriana o viral de bajo grados.
- Controlar reacción inflamatoria persistente (Rinitis)
- Evaluar por Hipertrofia o infección de adenoides.
- Eliminar el tabaquismo pasivo.
- De ser posible evitar las guarderías.
- Control estricto de infecciones respiratorias agudas del tracto superior frecuentes.
- Disminuir uso de Biberón.
- Aumentar los controles en la época de invierno.

21. SEGUIMIENTO Y CONTROL

Se recomienda reevaluar a los pacientes con OME crónica cada 3-6 meses hasta que la efusión ya no esté presente, hasta que se observe una pérdida auditiva significativa o hasta que se sospeche alteraciones estructurales de la membrana del tímpano o del oído medio.

Los pacientes portadores de OME crónica que no tienen factores de riesgo asociados a OME ni alteraciones anatómicas de la membrana timpánica como bolsillos de retracción, medialización de la membrana timpánica o erosión ósea en el oído medio, pueden ser observados por tiempos tan largos como 6-12 meses con un bajo riesgo de secuelas o de alteraciones de la calidad de vida.

La idea de esta recomendación es vigilar a un enfermo con una OME asintomática para diagnosticar oportunamente la presencia de hipoacusia, repercusiones en el desarrollo del lenguaje o alteraciones en la membrana del tímpano o en el oído medio que puedan requerir de una conducta terapéutica más activa.

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 16 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

22. ALGORITMO Y TABLAS

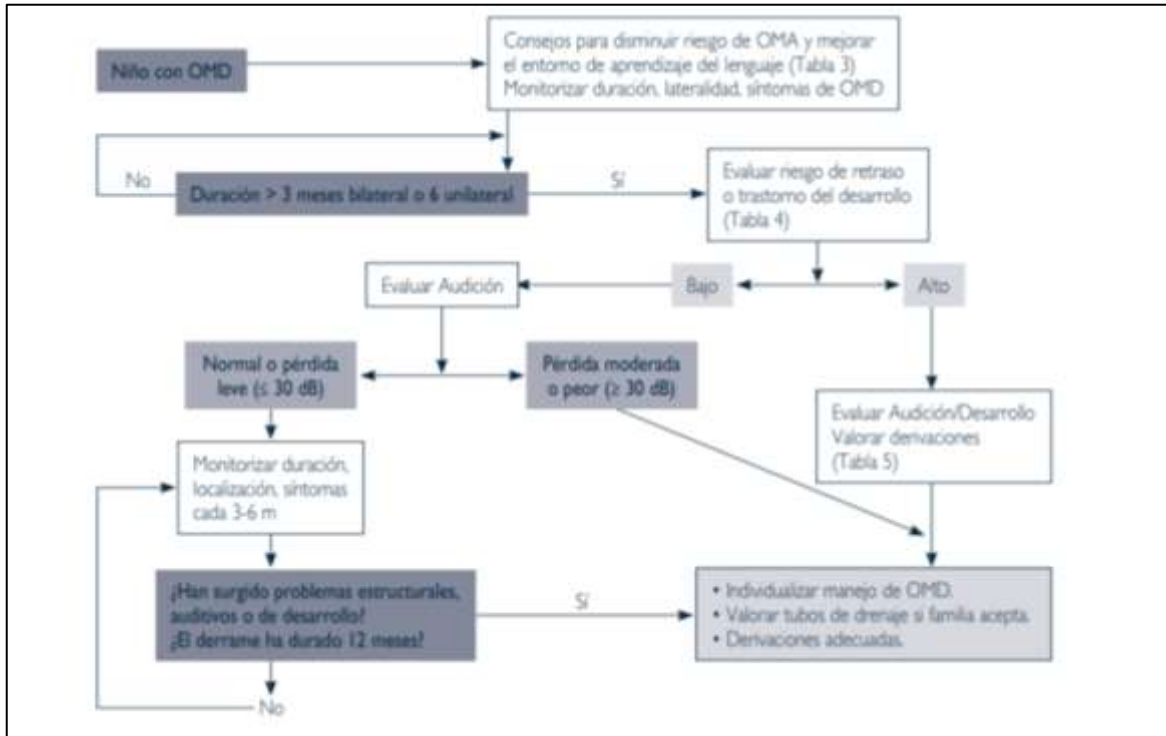



Fig. 5 Algoritmo de manejo de Otitis Media con Efusión

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 17 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

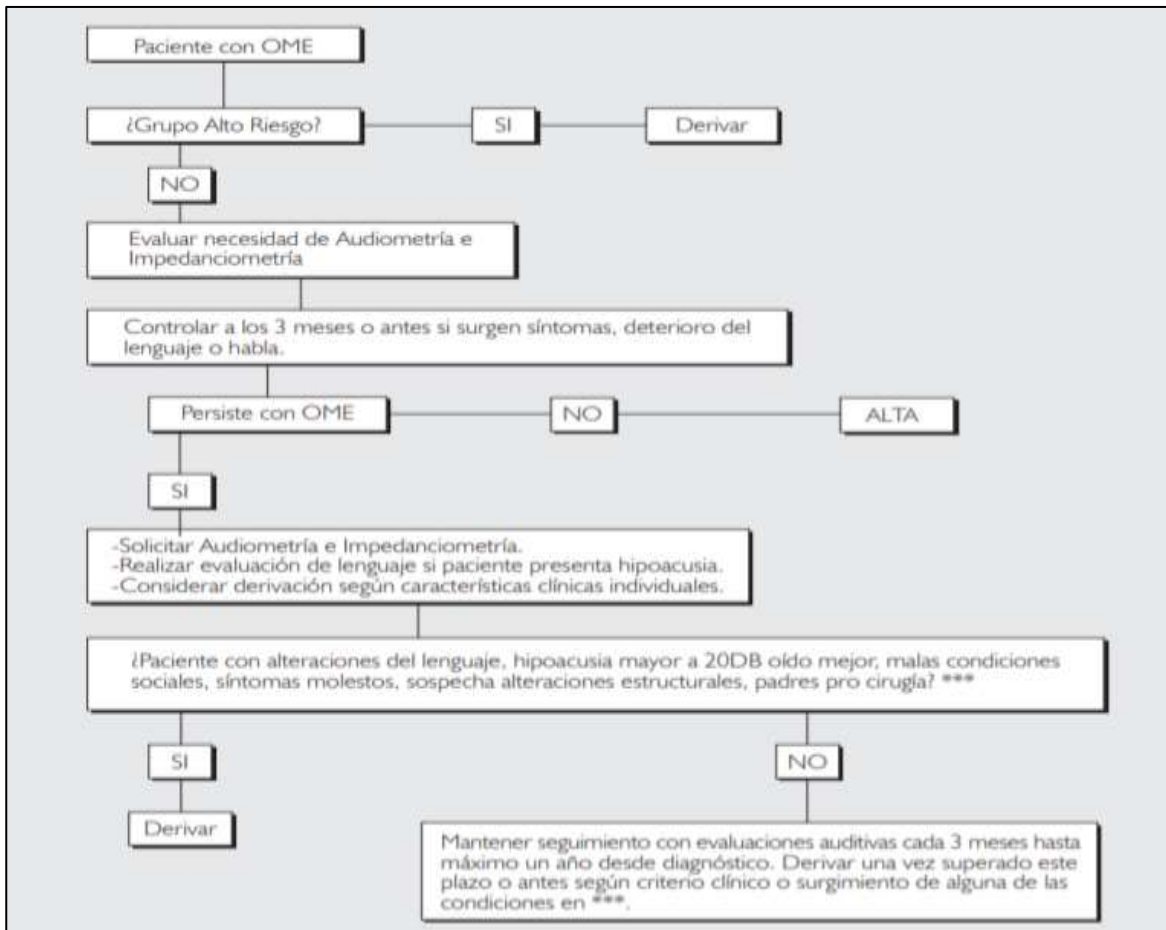



Fig.6 Algoritmo de manejo expectante en Otitis Media Externa.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
|  | HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Otorrinolaringología | CÓDIGO: PR-17-13 | Página 18 de 18 |
| | Título protocolo de atención de pacientes con Otitis Media con Efusión | Edición: Mayo 2020 | |
| | Elaborado: Dr. Erasmo Vallester Otorrinolaringólogo | Revisión N°: 0 | |
| | Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia | Revisado: Dra. Stella Rowley, jefa de servicio de Otorrinolaringología | |

23. Referencia

1. Torconal F, Labatud T. Otitis media con efusión diagnóstico y manejo práctico; Revista Médica Clínica Las Condes, nov. 2016. Vol. 27. Núm. 6. Páginas 905-14.
2. Finkelstein K Andrés, Beltrán M Constanza, Caro L Jorge. Actualización en Otitis Media con Efusión: Revisión Bibliográfica. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2006 Dic [citado 2020 Jun 22] 66(3): 247-255. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162006000300012&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162006000300012.
3. Finkelstein A, Beltrán C. Actualización en el Manejo Médico de la Otitis Media con Efusión y la Otitis Media Aguda; Neumol Pediatr 2006; 1(1): 6-10.
4. Bamonde L, Delgado JJ. Taller de actualización en oído medio. En: AEPap(ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 471-488.
5. Benito-Orejas JI, Velasco-Vicente JV, Garrido-Redondo M, Bachiller-Luque R, Mata-Jorge M, Ramírez-Cano B. Protocolo de seguimiento de la otitis media serosa en Atención Primaria. Revista ORL, 2016;7(4): 211–221. <https://doi.org/10.14201/orl.14728>.