

Multimed 2018; 22 (6)
NOVIEMBRE-DICIEMBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
HOSPITAL INFANTIL GENERAL LUIS A. MILANÉS

**Caracterización de la otitis media aguda en pacientes
pediátricos hospitalizados. Bayamo, 2017**

**Characterization of acute otitis media in hospitalized pediatric
patients. Bayamo, 2017**

**MsC. At. Integ. Niño, Dra. Mayurys Rivera Morell ^I, Esp. Pediatr. Dr. Yaisnel
Almaguer Licea ^I, MsC. At. Integ. Niño, Dr. Elpidio Ortiz Castellano ^I, Esp. Farmacol.
Dr. Elio Manuel Rosete Gamboa ¹, MsC. At. Integ. Niño. Dra. María del Rosario
Sánchez Hidalgo ^I**

^I: Hospital Infantil General Luis A. Milanés. Universidad de Ciencias Médicas de Granma.
Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la otitis media aguda es una enfermedad universal, representa la primera causa de prescripción de antibióticos en la infancia.

Objetivo: caracterizar a pacientes pediátricos menores de 15 años hospitalizados en el servicio de Respiratorio del hospital infantil de Bayamo, durante el año 2017, con diagnóstico de otitis media aguda.

Métodos: estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. Universo: 333 pacientes, muestra: 298, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Variables estudiadas: edad, sexo, factores de riesgo, signos y síntomas, complicaciones y tratamiento. Métodos de investigación empleados: teóricos, empíricos y estadísticos.

Resultados: predominó el grupo de edad de 2 a 4 años (61.1 %) y el sexo masculino (58 %); los factores de riesgo más frecuentes fueron la asistencia a círculos infantiles o guarderías (56.4 %), la no alimentación con lactancia materna (34.2 %) y el uso del pacificador (tetina o biberón) (30.9 %). Los signos y síntomas presentes en la mayoría de los niños fueron fiebre de 38 a 39 grados (94.3 %), precedida por un cuadro de rinofaringitis (100 %). La perforación de la membrana timpánica (3.35 %) constituyó la única complicación. Los antibióticos de elección utilizados fueron Trifamox® (bulbos) y amoxicilina (suspensión y cápsulas) durante 10 días.

Conclusiones: la otitis media aguda predominó en infantes del grupo de edad 2-4 años, del sexo masculino, con presencia de factores de riesgo, los cuales evolucionaron favorablemente con tratamiento convencional por 10 días, y solo un pequeño por ciento de la serie se complicó.

Palabras clave: infecciones respiratorias agudas, otitis media aguda.

ABSTRACT

Introduction: acute otitis media is a universal disease, represents the first cause of prescription of antibiotics in childhood.

Objective: to characterize pediatric patients under 15 years hospitalized in the Respiratory service of the Bayamo Children's Hospital, during the year 2017, with diagnosis of acute otitis media.

Methods: descriptive, longitudinal, prospective study. Universe: 333 patients, sample: 298, selected by simple random sampling. Variables studied: age, sex, risk factors, signs and symptoms, complications and treatment. Research methods used: theoretical, empirical and statistical.

Results: the age group of 2 to 4 years (61.1%) and the masculine sex (58%) predominated; the most frequent risk factors were attendance at day care centers or nurseries (56.4%), the non-feeding with breastfeeding (34.2%) and the use of the pacifier (teat or bottle) (30.9%). The signs and symptoms present in the majority of the children were fever of 38 to 39 degrees (94.3%), preceded by a picture of rhinopharyngitis (100%). Perforation of the tympanic membrane (3.35%) was the only complication. The antibiotics of choice used were Trifamox® (bulbs) and amoxicillin (suspension and capsules) for 10 days.

Conclusions: acute otitis media predominated in infants of the age group 2-4 years, of male sex, with the presence of risk factors, which evolved favorably with conventional treatment for 10 days, and only a small percentage of the series was complicated.

Key words: acute respiratory infections, acute otitis media.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan un papel preponderante en la morbilidad y mortalidad infantil desde épocas remotas hasta la actualidad. Por tal motivo, en el año 1982, la OMS inició el Programa de Control de las IRA, con la finalidad de disminuir la mortalidad y las secuelas a largo plazo. Dentro de estas infecciones se encuentra la otitis media aguda (OMA), que es un estado patológico agudo del oído medio, caracterizado por la presencia en la caja timpánica de un exudado cuyas características varían según su etiología. ⁽¹⁾

La Otitis Media Aguda (OMA), es un problema de salud mundial que afecta a uno de cada cuatro niños menores de 10 años y es la enfermedad bacteriana más frecuente en niños menores de 5 años, de tal modo que constituye una de las causas más comunes de consulta médica pediátrica. Del 25 al 40 % de las visitas pediátricas en menores de 5 años son por OMA, es raro este padecimiento en el adulto. ⁽¹⁻³⁾ Además, representa la primera causa de prescripción de antibióticos en la infancia, por lo que contribuye, de manera notable, a la resistencia entre los patógenos respiratorios. ^(4,5)

La incidencia mundial de la otitis media aguda, acorde a los estimados de la Organización Mundial de la Salud, se ubican alrededor de los 709 millones de casos (10.85 %), donde un 51 % de estos ocurre en niños menores de 5 años de edad. Por regiones esta incidencia se ubica en rangos de 3.64 para Europa Central (40 % de los casos ocurren en niños de 0-5); 43.36 y 43.37 en el este de África Sud-sahariana (56 %) y central (58 %). Otras áreas con baja incidencia son Asia Pacífico (3.75), Asia oriental (3.93), Europa Oriental (3.96) y Latinoamérica (4.25). La incidencia mundial promedio es más elevada en el grupo de 1-4 años de edad (60.99 %) y en el primer año de vida (45.28 %). ⁽⁶⁻⁸⁾

En Cuba, los estudios descritos en la literatura muestran una estadística de las infecciones respiratorias agudas de manera general y algunos específicos donde la otitis media constituye una causa frecuente de ingresos hospitalarios. ⁽¹⁾

En el centro donde se realizó el estudio la prevalencia ha sido notable con 201 casos ingresados en el año 2015 contra 97 casos que se incrementaron en el 2017 periodo en el

cual se realiza el estudio, con el objetivo de caracterizar la OMA en pacientes menores de 15 años que ingresaron en el Hospital Infantil General Luis Ángel Milanés, durante el año 2017.

MÉTODOS

Durante el año 2017, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, en niños menores de 15 años que ingresaron en el servicio de Respiratorio del hospital pediátrico de Bayamo, con el diagnóstico de otitis media aguda, para caracterizarlos. El universo estuvo constituido por 333 pacientes. Se trabajó con una muestra de 298 niños, seleccionados a través de muestreo aleatorio simple, según criterios de selección.

Se incluyeron los niños menores de 15 años, ingresados en el periodo estudiado con el diagnóstico de otitis media aguda, por otoscopia o por evidencia de otorrea, cuyos padres dieron el consentimiento informado para participar en la investigación. Se excluyeron los que ingresaron con otitis catarrales, aquellos que tenían otra afección concomitante y los que se trasladaron a otros servicios por cualquier causa.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- ✓ Edad: según años cumplidos, se dividió en 4 grupos: 1-12 meses, 2-4 años, 5-9 años y 10 a 14 años.
- ✓ Sexo: según características fenotípicas, se dividió en: femenino y masculino.
- ✓ Factores de riesgo: según los elementos a tener en cuenta que predisponen a padecer la enfermedad, se consideraron: factores ambientales (exposición al humo), alimentación (no haber recibido lactancia materna exclusiva), antecedentes patológicos personales (prematuridad, antecedentes de varios episodios de OMA en el año, uso de chupete y biberón), factores genéticos (fisura palatina, síndrome de Down), factores socioeconómicos (hacinamiento), asistencia a círculos infantiles o guarderías.
- ✓ Síntomas y signos: se tuvo en cuenta la aparición de los mismos según edad para así determinar cuáles eran más frecuentes.
- ✓ Complicaciones: se precisaron según aparición durante su ingreso.
- ✓ Tratamiento empleado: se precisó el antimicrobiano utilizado y duración del tratamiento.

Durante el desarrollo de la investigación se emplearon métodos teóricos (analítico-sintético, histórico-lógico e inducción-deducción), empíricos (revisión de documentos y entrevista) y estadísticos (de la estadística descriptiva, las frecuencias absolutas y relativas, mediante SPSS 22.0 para Windows).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de los niños según grupos de edad y sexo, se observa que predominaron los niños de 2 a 4 años (61.1 %) y el sexo masculino (68,8 %).

Tabla 1. Otitis media según edad y sexo. Servicio de Respiratorio. Hospital Infantil Bayamo. 2017.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
1-12 meses	56	18,8	15	5,0	71	23.8
2-4 años	119	39,9	63	21,2	182	61.1
5-9 años	16	5,4	9	3,0	25	8.4
10-14 años	14	4,7	6	2,0	20	6.7
Total	205	68,8	93	31,2	298	100

n=298

La tabla 2 pauta los factores de riesgo de la otitis media aguda, en orden de frecuencia, predominó la asistencia a círculos infantiles o guarderías con 168 casos (56.4 %), seguido de la no lactancia materna 102 (34.2 %).

Tabla 2. Factores de riesgo de la otitis media. Servicio de Respiratorio. Hospital Infantil. 2017.

Factores de riesgo	No.	%
Prematuridad	12	4.02
Exposición al humo	68	22.8
Hacinamiento en el hogar	34	11.4
Asistencia a círculos o guarderías.	168	56.4
No lactancia materna	102	34.2
Antecedentes de varios episodios de OMA al año.	76	25.5
Uso de pacificador (tetina o biberón)	92	30.9

n=298

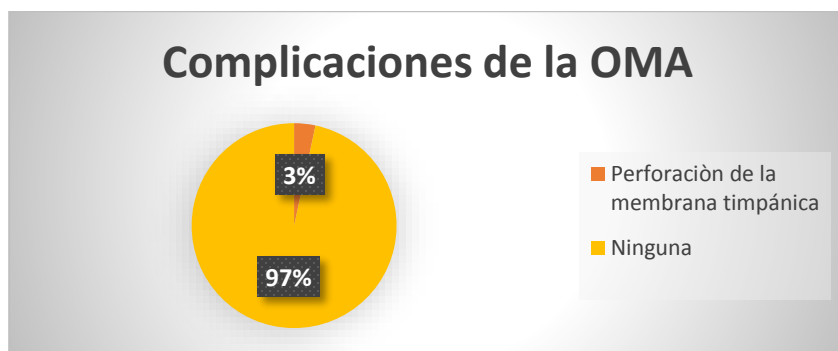
Los signos y síntomas presentados por los niños según edades se muestran en la tabla 3, donde el grupo de 2 a 4 años en su mayoría tuvieron fiebre de 38 a 39 grados, 100 de ellos (94.3 %) y la enfermedad estuvo precedida por un cuadro de rinofaringitis o catarro común en los 106 que representó el 100 % para este grupo de edad; seguido del grupo entre 1- 12 meses comportándose de manera similar la aparición de los síntomas como la fiebre, el cuadro precedido de rinofaringitis o catarro común, la irritabilidad, el llanto nocturno y la otalgia en el 100 % del grupo.

Tabla 3. Aparición de los signos y síntomas en la otitis media aguda según la edad en menores de 15 años. Servicio de Respiratorio. Hospital Infantil. 2017.

Signos y síntomas	Grupos de Edad							
	1-12 meses(56)		2-4 años(106)		5-9 años(25)		10-14 años(11)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Precedido de una rinofaringitis o catarro común	56	100	106	100	18	72	8	72.7
Fiebre 38-39 °C	53	94.4	100	94.3	4	16	2	18.2
Sensación de oído ocupado	-	-	-	-	8	32	3	27.3
Irritabilidad	56	100	28	26.4	-	-	-	-
Llanto nocturno	56	100	28	26.4	-	-	-	-
Rechazo a los alimentos	52	92.8	83	78.3	4	16	-	-
Otalgia	56	100	31	29.2	15	60	1	9.1
Vómitos y diarreas	28	50	16	15.1	9	36	-	-
Otorrea	6	10.7	10	9.4	2	8	2	18

La perforación de la membrana timpánica se evidenció en 10 casos que representa un 3.35 % constituyendo la complicación más frecuente y única en este grupo de estudio, reflejado en el gráfico 1.

Gráfico 1. Complicaciones de la otitis media aguda. Servicio de Respiratorio. Hospital Infantil.2017.



n=298

En la tabla 4 se presenta el tratamiento empleado y su duración, donde el Trifamox® supera a la amoxicilina (233/298 pacientes), con duración promedio de 4,2 días.

Tabla 4. Tratamiento antimicrobiano empleado y duración en la otitis media aguda en menores de 15 años. Servicio de Respiratorio. Hospital Infantil. 2017.

Nombre del medicamento	Días promedio de tratamiento	Total de pacientes
Trifamox®	4,2	233
Amoxicilina	5,5	65
Total	9,7	298

n=298

DISCUSIÓN

Varios autores reportan la máxima incidencia de la OMA entre los 6 y 9 meses de edad, y afirman 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. A partir de esta edad desciende conforme avanza la misma, pero hay estudios que indican que 80 % de los preescolares menores de tres años han tenido cuando menos un episodio de otitis media, y que aproximadamente 46%, tres o más episodios, ^(1,2) resultados coincidentes con este estudio.

En el municipio de Güines, provincia de Mayabeque, Fuente Fernández y otros colaboradores estudiaron 110 niños con OMA (caracterizados por fiebre, otalgia, supuración de los oídos e irritación, e inflamación del tímpano), y de ellos el 40 % correspondió al grupo de edad de 1 a 4 años, resultados similares a los de esta investigación. ⁽¹⁾

En lo referente a la vulnerabilidad asociada al sexo, Chávez González hace referencia al estudio realizado por Armus Golman, en el cual plantea que los varones son más susceptibles a las infecciones que las hembras, y esto se debe a la hipótesis genética, que confiere al cromosoma Y, una relación con los factores que regulan la síntesis de inmunoglobulinas deficientes, por tanto, esto le confiere al sexo masculino menos defensas inmunológicas, lo que los hace más vulnerables a OMA. Por otra parte, se describe el hecho,

que las hembras sean menos propensas a infectarse que los varones, debido a que la presencia de 2 cromosomas X producen más diversidad genética, a las defensas inmunológicas en el sexo femenino, que las hacen más resistentes a las infecciones. ⁽⁹⁾

En numerosos estudios la OMA es más prevalente en varones cuando se considera si tienen hermanos mayores o no, aunque en términos absolutos no se encuentran diferencias con respecto a la incidencia de sexos. En otros países europeos como Suecia, la OMA en el primer año de vida se da en un 33 % en las mujeres y en un 35 % en los varones; en Finlandia se da globalmente en un 33,4%, y más frecuentemente en varones, ^(4,7,10) lo que coincidió con los resultados encontrados.

Los estudios realizados en Cuba y a nivel mundial afirman que los antecedentes patológicos personales sobre todos los relacionados con el aparato respiratorio, juegan un importante papel en la aparición de cuadros de otitis media, es alta la incidencia de pacientes que tienen antecedentes de cuadros respiratorios a repetición, episodios de sibilancias, déficits inmunológicos, entre otros. ^(8,11,12) En este estudio, se encontraron similares resultados.

Hay autores que plantean que existe una estrecha relación entre la aparición de esta enfermedad y la presencia de algunos factores de riesgo, es frecuente en ellos el hábito de fumar, hacinamiento y cuidados del niño fuera del hogar, lo que coincide con los resultados de esta investigación. En relación con la mayor frecuencia de episodios de OMA en los niños que asisten a círculos infantiles se plantea que se debe a que en estas instituciones existen contactos estrechos entre los niños, lo que predispone a la transmisión respiratoria de los gérmenes a través de las microgotas de saliva, incrementándose los episodios de infecciones respiratorias agudas, lo que conduce a la aparición de cuadros de OMA. Aunque el cuidado en guarderías es una necesidad inherente para muchos niños, también es uno de los factores de riesgo más fuertes para estas infecciones. ^(2,6,7)

Algo similar ocurre cuando existe un índice de hacinamiento elevado el que facilita la transmisión de enfermedades infecciosas sobre todas las infecciones respiratorias altas; fenómeno que se incrementa si aparecen en el hogar dificultades para mantenerlo ordenado y limpio. Se señalan que la presencia de 3 o más niños menores de 5 años, en una habitación o en una guardería se asocia a una alta frecuencia de OMA. Cuba no queda exento de este factor de riesgo. ^(1-3,11)

En el hogar es donde el niño permanece la mayor parte del tiempo, por lo que resulta muy irritante la presencia de contaminantes en este medio. El humo del cigarro es el más importante de ellos, que puede permanecer varias horas en una habitación y su inhalación en la edad pediátrica es mucho más nociva que en el adulto. Se estima que 700 millones de niños en el mundo respiran aire contaminado por humo de tabaco. ⁽⁸⁾ Fuentes Fernández y colaboradores reportan una estimable asociación entre el humo del tabaco y la incidencia de OMA, demostrado en el presente estudio. ⁽¹⁾

Para el hábito de fumar se invoca como mecanismo promotor y acelerador en la aparición de la OMA, que el humo liberado por los fumadores al medio, contamina el aire atmosférico, por lo que las personas al respirar inhalan aire con menos concentración de oxígeno, disminuyendo este en el árbol respiratorio, lo que predispone a la aparición de las IRA, y por consiguiente de la OMA, como una infección respiratoria alta, que se puede presentar como una consecuencia de la mismas ⁽³⁾.

Diferentes autores ^(1,10) han demostrado a través de sus resultados el papel que juegan los antecedentes patológicos personales del niño como factor de riesgo de la otitis media aguda, lo que coincide con lo registrado en esta investigación. Así, se afirma que el uso de pacificador, ya sea tete o biberón, es un factor predisponente de la OMA, ya que al niño succionar el dispositivo produce insuflación y crea una presión negativa elevada en el oído medio, lo que puede provocar reflujo y aspiración de las secreciones nasofaríngeas hacia el mismo.

Por su parte los cuadros respiratorios a repetición, que son frecuentes en estas edades, son capaces de alterar las funciones del oído (ventilación, equilibrio de las presiones atmosféricas, protección ante el sonido y drenaje de secreciones a la nasofaringe) contribuyendo a la proliferación bacteriana, lo que desencadena la infección del oído medio ^(3, 5,12).

Según lo encontrado por la Fuentes Fernández y colaboradores en su estudio de comportamiento de la Otitis media en Centro Habana, aproximadamente de 5 a 10 % de los niños es proclive a desarrollar OMA de repetición, y hasta una tercera parte de los niños afectados por OMA tendrán un nuevo episodio en un mes. Coincidiendo con lo encontrado en esta investigación ⁽¹⁾.

La prematuridad que conlleva a la desnutrición y el bajo peso al nacer constituyen factores de riesgo que están relacionados muchas veces con la aparición de complicaciones. ⁽¹²⁾

También se ha descrito en estas edades el Síndrome Respiratorio Alérgico, el que se presenta en aquellos niños que tienen antecedentes de familiares asmáticos o con otros trastornos alérgicos, presencia de coriza o cólicos en el período de recién nacido, etc. Los autores plantean que este síndrome tiene tres componentes: nasal (incluye conjuntivitis, rinitis, otitis media), laringeo (tos perruna, pseudos croup nocturno) y traqueal (tos seca nocturna pertinaz), todo lo cual justifica la presencia de OMA en los niños con antecedentes de trastornos alérgicos.^(8,9)

Otros factores predisponentes a considerar en los episodios de OMA son las crisis de llanto y los defectos estructurales o del desarrollo craneofacial. Que a pesar de no ser identificados en este estudio ya sea por la muestra tomada o el tiempo de realizado el estudio es importante hacer alusión de ellos pues en el primer caso, se conoce que la tuba al existir llanto se abre, debido a la contracción del músculo periostafilino externo, que está inervado por la rama maxilar inferior del trigémino y permite la entrada de los gérmenes desde la nasofaringe; mientras que en el segundo caso se plantea que la eficiencia del músculo tensor del velo del paladar esta reducida en niños con paladar hendido, Síndrome de Down y otras malformaciones del macizo cráneo facial, lo que en los mismos es frecuente encontrar una trompa persistentemente abierta (trompa papulosa), fenómeno que aunado a procesos inflamatorios de las vías aéreas superiores (alergia o infección) y a hábitos inadecuados (lactancia en decúbito, mal estado de salud), incrementa el riesgo de OMA ^(7,8,10) .

En la actualidad está bien definido la importancia de la lactancia materna para evitar la aparición de cuadros de OMA. ⁽¹³⁻¹⁵⁾ Se conoce que la alimentación del niño con otros alimentos en decúbito facilita la regurgitación de estos hacia la Trompa de Eustaquio y el oído medio actuando como factor que obstruye dicha estructura, por lo que facilita la proliferación de los gérmenes en el oído medio. ⁽¹⁾

Sí hay evidencia consolidada de que la ausencia de lactancia materna es un importante factor de riesgo para padecer OMA. ^(13,14)

En Cuba recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. La lactancia materna, protege al niño contra las infecciones respiratorias, mediante cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune en los niños. ⁽¹⁵⁾ En esta investigación se aprecia un importante predominio de la lactancia artificial y una reducción de la lactancia materna exclusiva en niños con OMA.

Los síntomas cardinales de la OMA son otalgia y otorrea, la primera como dato más relevante, además de fiebre, irritabilidad y náuseas, asociados a rinitis, o anorexia. En los niños lactantes pueden manifestar la otalgia evidenciada por el llanto constante y porque se jalan la oreja o se rehúsan a deglutir. ^(4-8,16)

La gama sintomática de la enfermedad está estrechamente relacionada con la edad del paciente. En los lactantes la fiebre, la irritabilidad y el llanto nocturno traducen este proceso, en ocasiones asociados a manifestaciones digestivas como vómitos y diarreas. En el niño mayor la fiebre puede estar presente, pero generalmente la otalgia, hipoacusia y sensación de oído ocupado, son los síntomas fundamentales. La otorrea puede estar presente a cualquiera edad. ⁽¹⁶⁾

En un estudio realizado por García Vera encontró que algunos signos y síntomas aislados tienen cierta precisión diagnóstica. De los síntomas, solamente la otalgia tuvo cierto valor (CP positivo 3; IC 95%: 2,1-4,3). Este estudio coincide con lo planteado específicamente en los niños menores de 1 año. ⁽⁶⁾

La incidencia de complicaciones que se pueden encontrar en la OMA es baja. ⁽¹²⁾ La perforación timpánica es la complicación más frecuente. ^(12,16-18) En el presente estudio fue esta la única complicación diagnosticada. Aunque la perforación contribuye a la mejoría espontánea de la OMA, se debe asegurar la erradicación del agente patógeno si se sospecha una bacteria, y evitar la humedad local de modo de favorecer la cicatrización espontánea de la membrana timpánica. Como ya se mencionó, la efusión en el oído medio puede persistir, lo que puede determinar retraso en el desarrollo del lenguaje debido a hipoacusia. ^(17,18)

En cuanto al tratamiento antimicrobiano de elección se considera como antibiótico de primera línea la Amoxicilina en dosis de 80-100mg/Kg/día cada 12, siempre y cuando el niño no haya recibido amoxicilina en los últimos 30 días ni presente conjuntivitis

concurrente o sea alérgico a penicilina. El uso de amoxicilina, se ve avalada en estudios que revelan que la resistencia a la Penicilina no es extrapolable en dosis de 80-100mg/Kg/d. (4-6,16)

El manejo conservador recomienda 10 días de antibioticoterapia, aunque algunos estudios han tenido resultados aceptables con 5-7 días de tratamiento. La aparición de combinaciones de amoxicilina con inhibidores de betalactamasas tal como amoxicilina-sulbactam (Trifamox), ha permitido ser efectivo contra microorganismos productores de betalactamasas. (16,19,20)

CONCLUSIONES

La OMA predominó en infantes entre 2 y 4 años de edad, del sexo masculino, que presentaban factores de riesgo favorecedores de la aparición de la enfermedad, los cuales evolucionaron favorablemente con tratamiento antimicrobiano indicado y solo un pequeño por ciento de casos se complicó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes Fernández G, Just Matos CC, Hernández Rodríguez JF, Muñoz Peña L. Comportamiento de la otitis media aguda. Rev Cubana Pediatr 2013 Dic; 85(4): 455-65.
- 2- Jiménez Hernández Y, Guzmán Becerra L, Guerra Cabrera JM, Antelo Cordillo ME. Manejo médico de la Otitis Media Aguda en el paciente pediátrico. Portales médicos.com [Internet] 2010 [citado 20 de Diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2515/1/Manejo-medico-de-la-Otitis-Media-Aguda-en-el-paciente-pediatrico.html>
- 3-Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Catálogo Maestro de Guía de Práctica Clínica. [Internet] México: Secretaría de Salud; 2017. [citado 20 Diciembre 2017]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC_InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf

4-Del Castillo Martín FF, Baquero AT, de la Calle CMV, López RJ, Ruiz Canelad S, Alfayate M, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. An Pediatr (Barc) 2012; 77(5): 345.e1-345.e8.

5-Krause FJ. Otitis media aguda. Diagnóstico y manejo práctico. Rev. Med. Clin. Condes 2016; 27(6): 915-23.

6- García Vera C. Otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria 2013 Jun; Suppl (22): 49-59.

7- Otitis media aguda (OMA) en la infancia [Internet]. 2015 [citado 20 de Diciembre 2017]. Disponible en: <https://feiracientifica2015.wordpress.com/2015/08/30/otitis-media-aguda-oma-en-la-infancia/>

8- Caussade S. Otitis media aguda. Neumol Pediatr 2013; 8(3): 121-3.

9-Chávez González N, Sánchez Pérez Y, Elías Montes Y. Otitis Media Aguda en menores de 5 años. 2010-2011. Revisión Bibliográfica. Multimed [Internet]. 2015 Abril-Junio [citado 20 de Diciembre 2017]; 19(2): [aprox. 9 pant.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/261/299>

10- Donaldson JD. Acute Otitis Media. Medscape [Internet]. 2017 [citado 20 Diciembre 2017]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/859316-overview>.

11-Campos Navarro LA, Barrón Soto M, Fajardo Dolci G. Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. Rev. Facult. Medicina UNAM 2014 Ene-Feb; 57 (1): 5-14.

12- Quintero Noa JL, Álvarez Lam I, Hernández Cordero MC, Meléndez Quintero LL. Complicaciones de las otitis medias agudas y crónicas en el niño. Rev Cubana Pediatr 2013 Mar; 85(1): 89-105.

13- Gorrita Pérez R, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr 2015; 87(3): 285-294.

14- Millán Cruz Y. Lactancia Materna: Neonatología, Colección de Pediatría 5. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.

15- Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014; 32(2): 103-14.

16- Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, López Gonzales LR. Pediatría. Diagnóstico y tratamiento. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.

17- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). Otolaryngol Head Neck Surg 2016; 154 (1 Suppl): S1-S41.

18-Leung AKC, Wong AHC. Acute Otitis Media in Children. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov 2017; 11(1): 32-40.

19-Rodríguez Oroz A, Montero O. El 80% de los menores de tres años ha padecido otitis al menos una vez. Noticias de Navarra [Internet]. 2017. [citado 20 de Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.noticiasdenavarra.com/2017/01/29/sociedad/navarra/el-80-delos-menores-de-tres-anos-ha-padecido-otitis-al-menos-una-veznoticias>

20-Ignot J. Otitis infantil. [Internet]. [citado 5 Febrero 2018]. 2017. Disponible en: <http://www.pressreader.com/mexico/el-mundo-de-orizaba/20170411/281539405819242>

Recibido: 10 de septiembre de 2018.

Aprobado: 19 de octubre de 2018.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Mayurys Rivera Morell. Hospital Infantil General Luis A. Milanés. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Bayamo. Granma, Cuba. Email: mayuris.grm@infomed.sld.cu