

Flashes pediátricos. AEPAP

Evidencias en ORL pediátrica

Carlos Ochoa Sangrador

18^o congreso
actualización
pediatría 2022

fPS
Fundación Pediatría y Salud



AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria



DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

Flashes pediátricos. AEPAP

Evidencias en ORL pediátrica

Carlos Ochoa Sangrador

El autor no tiene conflictos de intereses



Evidencias en ORL pediátrica

Importancia de las enfermedades ORL

- Alta frecuencia e impacto en pruebas y tratamientos
- Asociación con el consumo de antibióticos
- Amplia experiencia en su manejo (hábitos)
- Limitaciones para Establecer la evidencia científica
- Limitaciones para Aplicar la evidencia científica

Optimizar la toma de decisiones
Adecuar la práctica Clínica

Evidencias en ORL pediátrica

Enfermedades ORL más frecuentes

Rinofaringitis (catarro común).

Rinitis crónica.

Faringoamigdalitis.

Absceso periamigdalino.

Laringitis y laringotraqueítis.

Otitis media aguda.

Otitis serosa. OMA de repetición.

Otitis externa.

Sinusitis.

Mastoiditis.

Hipertrofia de amígdalas-adenoides (SAHOS).

Hipoacusia infantil.

Cuerpos extraños ORL.

Impactación de cerumen.

Epistaxis.

Desviaciones septales.

Disfonías.

Adenopatías cervicales.

Evidencias en ORL pediátrica

Preguntas Clínicas

- ¿Cuál debe ser el **tratamiento de la faringoamigdalitis aguda**?
- ¿Qué criterios y herramientas debemos usar en el **diagnóstico de la otitis media aguda**?
- ¿Cuál debe ser el **tratamiento de la otitis media aguda**?, ¿Cuándo está indicada la antibioterapia? ¿Qué antibioterapia empírica debe usarse? ¿Es eficiente el tratamiento diferido?
- ¿Cómo se diagnostica y trata la **otitis serosa**? ¿Son eficaces los **dispositivos de autoinflado**? ¿Cuándo debemos derivar al paciente para **drenaje timpánico**? ¿Qué cuidados requiere el paciente con tubos timpánicos?
- ¿Qué criterios y pruebas debemos usar en el **diagnóstico de la sinusitis aguda**? ¿Cuándo está indicada la antibioterapia? ¿Qué antibioterapia empírica debe usarse?
- ¿Cuándo debemos **derivar a un paciente con hipertrofia amigdalar-adenoidea**, con o sin apnea obstructiva de sueño, para valorar adenoidectomía-amigdalectomía?
- ¿Cuál es la actitud más apropiada para el manejo de las **epistaxis**?
- ¿Cuál es la actitud más apropiada para el manejo de los **taponos de cera**?

Evidencias en ORL pediátrica

Limitaciones para Establecer la Evidencia

- Procesos frecuentemente autorresolutivos
 - Frecuentemente etiología vírica
 - Bajo riesgo de complicaciones
- Herramientas diagnósticas imprecisas
 - Diagnóstico (ej. otitis, sinusitis)
 - Etiología (ej. signos/síntomas FA; Ag *S. pyogenes*; portador)
- Poca evidencia experimental
 - Insuficientes ensayos clínicos
 - Resultados clínica o estadísticamente poco significativos

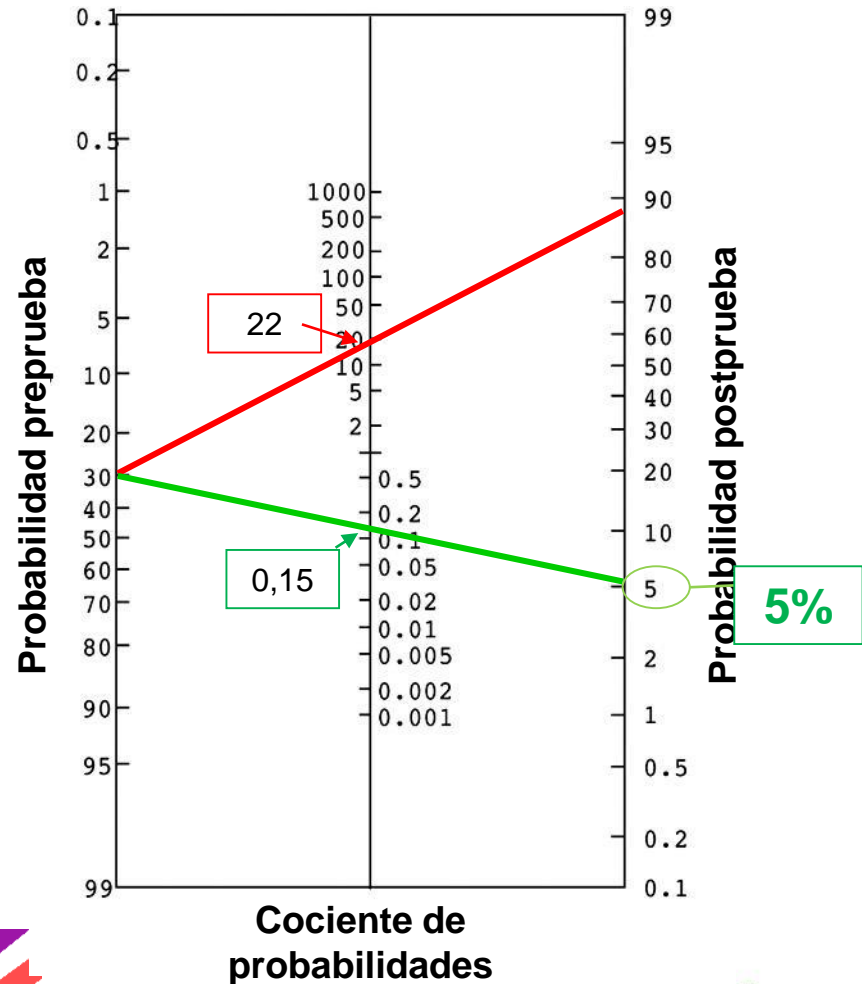
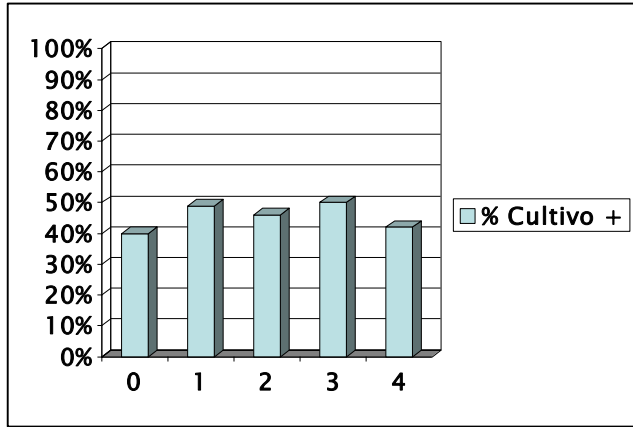
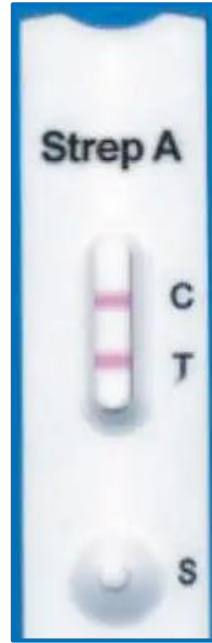
Evidencias en ORL pediátrica

Faringoamigdalitis Aguda

- Etiología mayoritariamente Vírica
- Muy bajo riesgo de complicaciones (*S. pyogenes*)
- Limitaciones Diagnósticas:
 - Escalas signos-síntomas. Edad (>3 años)
 - Cultivo (demora; portador); ¿Detección genética?
 - Test detección Antígeno (Se 85%; Es 95%)
- Estrategia para limitar la antibioterapia

Escala Centor

- 1 Fiebre >38°C
- 1 Linfadenopatía cervical anterior
- 1 Exudado amigdalar
- 1 Ausencia de Tos



Evidencias en ORL pediátrica

Faringoamigdalitis Aguda

- Duración del tratamiento (¿objetivo?):
 - Complicaciones no supuradas (F. Reumática 10 d)
 - Mejoría (5-7d)
- Número de dosis diarias (cada 8-12h)
- Penicilina vs Amoxicilina
- **Alérgicos a β -lactámicos**: Cultivo o Macrólidos 16 átomos carbono (josamicina y miocamicina)

Evidencias en ORL pediátrica

Otitis media aguda

- Validez de signos-síntomas clínicos:
 - Baja : otalgia, fiebre o irritabilidad
 - Media: hiperemia timpánica
 - Alta: **abombamiento timpánico, tímpano deslustrado y movilidad timpánica reducida.**
- Otoscopia neumática – Timpanometría
- Heterogeneidad diagnóstica y terapéutica

Rothman et al. JAMA. 2003;290(12):1633-1640.

Evidencias en ORL pediátrica

Otitis media aguda

- Tratamiento antibiótico:
 - Eficacia (**NNT 20**) vs Seguridad (**NND 14**)
 - Etiología frecuentemente vírica o bacterianas autorresolutivas
 - Menos neumocócicas - Más *H. influenzae* no serotipables
- Pautas para optimizar la antibioterapia:
 - Uso selectivo: <6 o <18 meses; bilateral; otorrea; otalgia intensa o dudas sobre el seguimiento (Opinión de Expertos)
 - **Prescripción diferida** (24-48h) ¡no diferencias!

Evidencias en ORL pediátrica

Otitis media aguda

- Pauta de tratamiento:
 - **Amoxicilina** (neumococo) dosis altas o medias
 - *H. influenzae*: Amox-clavulánico
 - **Alérgicos a β -lactámicos**:
 - ¿Macrólidos?
 - Clindamicina (neumococo)
 - Levofloxacino (selectivo)
 - Frecuencia 2-3 dosis/día; ¡no diferencias!
 - Duración 5-7 días; ¡no diferencias!
 - **No gotas; No antihistamínicos-descongestivos; No esteroides**

Evidencias en ORL pediátrica

Otitis Serosa

- Factores de riesgo-atención (derivación):
 - Hipoacusia, trastornos lenguaje, desarrollo (autismo) o visión, anomalías cráneo-faciales o S. Down
 - Persistencia >3 meses (Audiometría)
- Tratamientos no eficaces:
 - Antibióticos sistémicos
 - Antihistamínicos - descongestivos
 - Corticoides tópicos (salvo rinitis alérgica asociada)
- Valorar Dispositivos Autoinflado (NNT 9)

Evidencias en ORL pediátrica

Otitis Serosa

- Indicaciones de drenaje con **tubos trans-timpánicos**:
 - Hipoacusia >3 meses (trastornos vestibulares)
 - Trastorno del desarrollo o comportamiento, retraso escolar,
 - Molestias óticas o repercusión en calidad de vida.
 - * *Adenoidectomía simultánea (>4 años) individualizada*
- Cuidados:
 - No restricción a inmersión en agua (piscina-bañera)
 - Si **otorrea aguda** (<4 sem): gotas ciprofloxacino+dexametasona; (no antibiótico sistémico) ★

Evidencias en ORL pediátrica

Sinusitis aguda

- Diagnóstico Clínico (**Opinión de expertos**): Riesgo (>1 año)
 - A. Rinorrea y/o tos diurna >10 días (continuas no secuenciales)
 - B. Rinorrea, tos diurna o fiebre que empeoran tras mejoría inicial
 - C. Cuadro de inicio con afectación general y fiebre (>39°) asociado a rinorrea purulenta 3 días consecutivos
- Diagnóstico Radiológico SOLO si complicaciones (TC)
 - La RX no diferencia entre vírica y bacterianas
- Antibioterapia si **Riesgo B o C** (A persistente)
- Pautas y Antibióticos como la Otitis Media Aguda

Evidencias en ORL pediátrica

Hipertrofia amigdalalar-adenoidea

- Indicaciones de Amigdalectomía-Adenoidectomía

- >7 **amigdalitis de riesgo***/año, >5/año x 2 a. o >3/año x 3 a.

- * **Riesgo** (al menos 1): fiebre >38,3°C, adenopatías, exudado o *S. pyogenes*

Factores de riesgo:

¡Opinión de Expertos!

Alergias

PFAPA

Abscesos

SAHOS

S. Down

T. neuromuscular

T. cráneo-faciales

Drepanocitosis

Mucopolisacaridosis

Hipocrecimiento

T. conducta

Retraso escolar

Asma

Enuresis

- Polisomnografía previa (video sueño ± monitor SatO₂)

Evidencias en ORL pediátrica

Epistaxis

- Compresión digital >5 minutos (15 min) tras lavar sangre coagulada
- Cabeza inclinada adelante (posición de estornudo)
- Si persiste: rinoscopio (otoscopio) con/sin descongestivos
- Si coagulopatía: Taponamientos reabsorbibles

Tunkel DE, et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020; 162(1_suppl):S1-S38

Evidencias en ORL pediátrica

Tampón de cera en conducto auditivo

- Sólo tratar tapones con síntomas
- Tratamientos:
 - Cerumenolíticos (>3 años tímpano intacto)
 - Agua/Suero/otros preparados
 - Con/Sin irrigación (agua tibia)
 - Extracción instrumental (si factores de riesgo)
- Prevención
 - No gotas de aceite ni bastoncillos
 - Cerumenolíticos o Irrigación

Schwartz et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 156(1S) S1– S29

Evidencias en ORL pediátrica

Mensajes Clave

- Entender las limitaciones para establecer evidencias
- Usar el test de detección Ag de *S. pyogenes*
- Mejorar el diagnóstico de OMA (otoscopia neumática)
- Restringir los ATB en OMA (prescripción diferida)
- Diagnóstico clínico de sinusitis (No RX, riesgo A-B-C)
- Manejo Otitis Serosa (audición, autoinflado, otorrea)
- Vigilar SAHOS en Hipertrofia Adenoidea-Amigdalar