



La otitis media: ¿un signo más de nuestro tiempo?

...si se agrupan las enfermedades de acuerdo a las diferentes edades, los recién nacidos y los niños lactantes padecen aftas, vómitos, tos, insomnio, pesadillas, inflamación del ombligo y supuración de los oídos.¹

Hipócrates de Cos
(460 a.C.?)

Leopoldo Vega Franco

Aunque se carece de elementos para afirmar que las infecciones de las vías aéreas superiores acontecen con la misma frecuencia que en la época de Hipócrates, que en ellas están involucrados los mismos agentes etiológicos que antaño, que estas enfermedades se presentan con igual severidad y que manifiestan el mismo tipo de complicaciones, nadie puede negar que en 2,500 años han acontecido cambios espectaculares en la diversidad biológica del planeta y en la integración sociocultural del hombre. Basta reflexionar acerca de la manera que han contribuido en ellas el crecimiento exponencial de la población mundial ocurrido en los últimos siglos,* la manera en que interactúan los seres humanos en las grandes metrópolis, el acelerado desarrollo de los medios de transporte (rápidos y expeditos) y la evolución vertiginosa que ha tenido la terapéutica antimicrobiana, para pensar que con todo esto ha habido cambios, tanto en la exposición como en la relación huésped-parásito; de esta manera se han modificado las particularidades epidemiológicas de estas enfermedades.

La otitis media no ha sido ajena a estos cambios. Como es natural, por razones de las circunstancias anatómicas que conectan la faringe con el oído, la otitis es una de las complicaciones que se asocian a las infecciones respiratorias agudas (IRA). Como se sabe, este padecimiento ordinariamente se desarrolla como consecuencia de una infección localizada en la nasofaringe, de tal

manera que, a mayor frecuencia de estas infecciones hay mayor riesgo de otitis.

Uno de los célebres aforismos de Hipócrates¹, el cual es enunciado como epígrafe, documenta que, al menos, desde hace 25 siglos que la otitis media es una de las enfermedades propias de los niños en la edad de la lactancia. A pesar de ello, como lo ocurrido en muchas otras enfermedades, hasta este siglo parece haber cobrado mayor notoriedad. Holt y McIntosh,² en el libro que durante la primera mitad de este siglo fue una de las lecturas obligadas de los médicos pediatras anglosajones, mencionan en 1940 que en los niños lactantes ...alrededor de 50 por ciento de las infecciones respiratorias agudas (...) se complican con otitis media. Tal estimación puede ser semejante a la que ocurrió en las generaciones que nos precedieron, pero esta cita es una de las pocas que pueden ser tomadas como referencia.

A pesar de que en la actualidad es difícil encontrar estudios epidemiológicos que por su diseño puedan ser razonablemente confiables para juzgar acerca de la magnitud de este problema, es un hecho que los pediatras contemporáneos se enfrentan cotidianamente a este padecimiento; tal argumento pudiera hacer pensar que la frecuencia de la otitis media no ha cambiado sustancialmente en los pasados 60 años.

Los médicos que ejercen en poblaciones urbanas, particularmente en grandes metrópolis, ven a menudo esta enfermedad en niños lactantes que permanecen internados en orfanatos o en centros hospitalarios, o bien entre los que asisten diariamente a estancias infantiles o a guarderías. Por la elevada incidencia de esta enfermedad en los bebés de estas instituciones, y entre los numerosos niños que en su hogar son alimentados con botella, colocándo-

* De 1,000 millones de habitantes en el año 1,800, la población aumentó a 1,700 al iniciar este siglo y llegará a ser de 6,000 millones en dos años más.

los en su cuna en posición dorsal apoyando el biberón en el «regazo» de una almohada, tal parece que en la actualidad la otitis media es un signo más de nuestro tiempo.

Pero... ¿por qué esta enfermedad es más frecuente en los primeros meses de la vida? Con seguridad la respuesta correcta está en la mente de todos los lectores. Como se sabe, en los niños recién nacidos el conducto de Eustaquio, que comunica la nasofaringe con el oído interno, es corto y proporcionalmente tiene un diámetro más amplio.³ La rápida evolución posnatal durante el primer año de la vida se traduce en un crecimiento de la cabeza que equivale a 33 por ciento de su tamaño original y después de esta etapa sigue aumentando de tal manera que al cumplir el niño cinco años de edad el incremento de su cabeza, a partir de su nacimiento, es ya de 48 por ciento; aproximadamente así al volumen que alcanza en una persona adulta.⁴ Durante estos primeros años, el cambio gradual en el tamaño de la cabeza modifica la longitud y el diámetro del conducto de Eustaquio, por lo que lentamente van desapareciendo las particularidades anatómicas que hacen a los lactantes más susceptibles a padecer de otitis media.

No sólo las características anatómicas del oído influyen en la mayor susceptibilidad de los lactantes, sino también el hecho de que su organismo precisa desarrollar sus propios mecanismos de protección específica ante los agentes productores de IRA; la frecuencia y diversidad de las experiencias inmunológicas ante los virus asociados causalmente a estas enfermedades, deben ser renovadas periódicamente. Por todas estas circunstancias los niños son más susceptibles cuando más pequeños son.

Por otro lado, los cambios socioculturales que han prosperado en el mundo occidental contemporáneo, y particularmente durante la segunda mitad de este siglo, han favorecido una creciente demanda de instituciones dedicadas al cuidado de los niños de las madres que trabajan. Es obvio que los cambios en los patrones de cuidado de los infantes han dado lugar a que intervengan otros factores de riesgo de exposición de los niños a bacterias, virus y parásitos, modificando así los aspectos epidemiológicos y la incidencia de muchas de las enfermedades infecciosas que son propias de los primeros años de la vida.⁵ La prevalencia de estos padecimientos suele ser alta, lo que ha propiciado el empleo indiscriminado de antibióticos, y consecuentemente la aparición precoz de resistencia bacteriana a los antimicrobianos de reciente introducción.

Respecto a estas enfermedades, la otitis media y las IRA, dos estudios epidemiológicos, realizados en países escandinavos^{6,7} han puesto en evidencia que las «estancias» para el cuidado de los infantes construyen un factor de riesgo que se asocia a una mayor frecuencia de otitis media en niños menores de dos años; en ambos estudios se estima que el riesgo es dos veces más alto (riesgo relativo mayor

de 2.0) cuando los niños son atendidos en estos centros. En igual sentido, se informa que entre los lactantes que permanecen en estancias infantiles por más de 20 horas, tienen un riesgo más alto de padecer otitis.⁸ Por otro lado, un estudio transversal hecho con la información que anualmente obtiene el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América, señala que el riesgo de otitis entre los menores de dos años, —estimado éste mediante razón de momios— es 3.2 veces mayor en los niños de estancias infantiles.⁹ Como es de suponer, hay suficientes datos que indican que los niños que asisten a estos centros corren mayor riesgo de padecer infecciones de la faringe por *Estreptococo beta hemolítico* del grupo A.⁶

Los informes de carácter epidemiológico invitan a la reflexión. Es natural pesar que la asistencia cotidiana de 10, 20 o más niños a una estancia infantil, implica el hecho de que durante seis u ocho horas diarias conviven en un mismo espacio físico, en el que están en contacto o interactúan con otros niños, todos ellos atendidos por las mismas personas. Ante tal circunstancia aumenta en estos infantes el riesgo de exposición a infecciones mediadas por contacto directo, por transmisión aérea o por algún vehículo.

Con tales argumentos es fácil comprender porqué se enferman con mayor frecuencia los niños de las estancias infantiles. Resolver este problema cae fuera del ámbito de los médicos que atienden niños, sin embargo es responsabilidad de los pediatras pugnar por que este signo más de nuestro tiempo: las estancias infantiles, sean regidas por reglamentos sanitarios más estrictos, que contemplen el control de las variables que inciden en el mayor riesgo de exposición a los agentes infecciosos o de cualquier otra causa que interfiera en la salud de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lloyd GER. Editor. *Hipocratic writings*. 2nd ed. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1978; 215.
2. Holt LM, McIntosh R. *Holt's diseases of infancy and childhood*. 11th ed. New York: D. Appleton-Century Co. 1940; 382-90.
3. Watson EH, Lowrey GH. *Growth and development of children*. 5th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1967; 222-23.
4. Breckrenridge ME, Murphy MN. *Crecimiento y desarrollo del niño*. 6ª ed. México: Editorial Interamericana, 1963; 116.
5. Holmes SJ, Morrow AL, Pickering LK. Child-care practices: Effects of social change on the epidemiology of infectious diseases and antibiotic resistance. *Epidemiol Reviews* 1996; 18(1): 10-28.
6. Strangert K. Otitis media in young children in different types of day-care. *Scand J Infect Dis* 1997; 9: 119-23.
7. Louhiala PJ, Jaakola N, Routsalainen R et al. Form of day care and respiratory infections among Finnish children. *Am J Public Health* 1995; 85: 1109-12.
8. Owen MJ, Baldwin CD, Swank PR et al. Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care to the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life. *J Pediatr* 1993; 123: 702-11.
9. Marx J, Osguthorpe D, Parsons G. Day care and the incidence of otitis media in young children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112: 695-9.