

## PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA SUPURATA

COD PM-ORL-002

Aprob.

Elaborat : Dr. Anglitoiu Alina Elisabeta

Elaborat : Asist. Universitar Dr. Vintila Daniela Roxana

Medic sef sectie ORL: Prof. Dr. Iovanescu Gheorghe

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data de 13 -06- 2024 (P.V.  
nr. din 25863 ).

 <b>SPITALUL</b> <b>CLINIC</b> <b>JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÂNZEU" TIMIȘOARA</b>	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>
Clinica ORL Bega	PM ORL 007

### Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului .....	3
2. Scopul protocolului .....	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale .....	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale .....	3
4.1. Reglementări internaționale .....	3
4.2. Regreglementări naționale .....	4
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională .....	5
5.1. Definiții ale termenilor .....	5
5.2. Abrevieri ale termenilor .....	5
6. Descrierea protocolului .....	6
7. Resurse necesare .....	15
8. Condiții de abatere de la protocol .....	15
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori .....	15
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității .....	16

## 1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
EPAJ REV. 1.			26.06.2024

## 2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau apătitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficiențizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

## 3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților cu suspiciune de **Otită medie acută supurată** din Clinica ORL, cod DRG: **H66.0**

- 1.1. Nivel de plicare – asistență medicală de ambulatoriu
- 1.2. Nivel de plicare – asistență medical spitalicească

## 4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale

### 4.1. Reglementări internaționale

1. Up to date
2. National Institute for Health and Care Excellence. (2015, July 1). Otitis Media: Acute. NICE Clinical Knowledge Summaries: [cks.nice.org.uk/otitis-media-acute](http://cks.nice.org.uk/otitis-media-acute)
3. Venekamp RP, Damoiseaux RA, Schilder AG. Acute otitis media in children. BMJ Clin Evid 2014; 9(301): 1–21.

 <b>SPITALUL</b> <b>CLINIC</b> <b>JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b>	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>
Clinica ORL Bega	PM-ORL-007

4. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 6. Art. No.: CD000219. doi: 10.1002/14651858.CD000219.pub4.
5. Marchisio P, Bellussi L, Di Mauro G et al. Acute otitis media: from diagnosis to prevention. Summary of the Italian guideline. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2010; 74(11): 1209–16.
6. Royal College of General Practitioners Research & Surveillance Centre. (2014/2015). Retrieved from Weekly Returns Service: [www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/our-programmes/research-and-surveillance-centre.aspx](http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/our-programmes/research-and-surveillance-centre.aspx)
7. Iavlin JM, Rusher T, Shah RK. Complications of pediatric otitis media. Otolaryngol Head Neck Surg 2016; 154(2): 366–70.
8. Luntz M, Bartal K, Brodsky A, Shihada R. Acute mastoiditis: the role of imaging for identifying intracranial complications. Laryngoscope 2012; 122(12): 2813–17.
9. Tamir S, Schwartz Y, Peleg U, Perez R, Sichel JY. Acute mastoiditis in children: is computed tomography always necessary? Ann Otol Rhinol Laryngol 2009; 118(8): 565–9.
10. Burston BJ, Pretorius PM, Ramsden JD. Gradenigo's syndrome: successful conservative treatment in adult and paediatric patients. J Laryngol Otol 2005; 4(119): 325–9.
11. Janjua N, Bajalan M, Potter S et al. Multidisciplinary care of a paediatric patient with Gradenigo's syndrome. BMJ Case Report Published online 2016; 1–5. doi: 10.1136/bcr-2015-214337.
12. Cope D, Bova R. Steroids in otolaryngology. Laryngoscope 2008; 9(118): 1556–60.
13. Wong BY, Hickman S, Richards M, Jassar P, Wilson T. (2015). Management of paediatric otogenic cerebral venous sinus thrombosis: a systematic review. Clin Otolaryngol 2015; 40(6): 704 –
14. Sрафton DK, Qureishi A, Nogueira C, Mortimore S. Luc's abscess as an unlucky complication of mastoiditis. Ann R Coll Surg Engl 2014; 96: e28–e30
15. Atkinson H, Wallis S, Coatesworth AP. Acute otitis media. Postgrad Med. 2015; 127(4):386–390
16. Montague M-L, Hussain SS. A child with recurrent acute otitis media. Clin Otolaryngol. 2007; 32(3):190–192
17. Schilder AGM, Marom T, Bhutta MF, et al. Panel 7: otitis media: treatment and complications. Otolaryngol Head Neck Surg.
18. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Mar CBD, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. The Cochrane Library Published Online; 2015:23 2017; 156(4\_suppl, 4S):S88–S105

#### 4.2. Reglementări naționale

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÂNZEU" TIMIȘOARA</b> Clinica ORL Bega	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b> PM-ORL-007
--	---

## 5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizati în procedura operațională

### 5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	<b>Protocol medical</b>	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspecțiunea de anumită afecțiune
2.	<b>Pacient</b>	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	<b>Pacient critic</b>	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	<b>Asistență medicală de urgență</b>	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5	<b>Urgență medicală</b>	accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în fază prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;
6	.....	
.....		
.....		

### 5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
2	CDC	Center for Disease Control and Prevention
3	IC	Infecții chirurgicale
4	URTI	Infectie virală de tract respirator superior
5	ASOM	Otită medie acută supurată
6	CAE	Canal auditiv extern

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b>	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>
Clinica ORL Bega	PM-ORL-007

7	VSR	Virus sincitial respirator
---	-----	----------------------------

## 6. Descrierea protocolului

### Otită medie supurată acută

#### Definicie

Reprezintă un proces inflamator supurativ acut la nivelul cavității urechii medii.

Termenul de acut implică o perioadă de 3 săptămâni, subacut 3 săptămâni până la 3 luni, iar cronic, până la peste 3 luni.

#### Epidemiologie

Este mai frecventă între 6- 24 luni. În peste 80% din cazuri baietii sunt mai susceptibili, iar incidența se reduce după 5 ani. Incidența a scăzut semnificativ după introducerea vaccinului polivalent *Streptococcus pneumoniae*.

#### Factori de risc:

1. Vârstă Tânără- în corelație cu apariția dinților, care crește producerea de salivă și riscul refluxului salinei în trompa lui Eustachio ;
2. Istoricul familial similar la parinți;
3. Intrarea în colectivitate ;
4. Alăptarea la san minimum 3 luni;
5. Exponerea la fumul de țigara;
6. Mediu socio-economic scăzut;
7. Rasa: Indoamericanii, canadienii sau aborigenii australieni

#### Microbiologie

Virusurile respiratorii și bacteriile au fost cultivate din aspiratul urechii medii. Cele mai frecvente sunt *S. pneumoniae* (40-50%), *Haemophilus Influenzae* (30%) și *Moraxella Catarrhalis* (10%).

OMS poate apărea ca primă infecție sau cel mai frecvent ca infecție secundară după infecție virală de tract respirator superior (URTI). URTI conduce la inflamarea și disfuncția trompei lui Eustachio. Copiii au o trompă a lui Eustachio orizontalizată și mai scurtă fiind mai predispuși la disfuncție în cazul inflamației nazosaringelui, astfel antogenele microbiene sau virale pătrund în tuba auditivă și apoi în cavitatea timpanică, rezultând dezvoltarea procesului infecțios.

#### Simptomatologie clinică

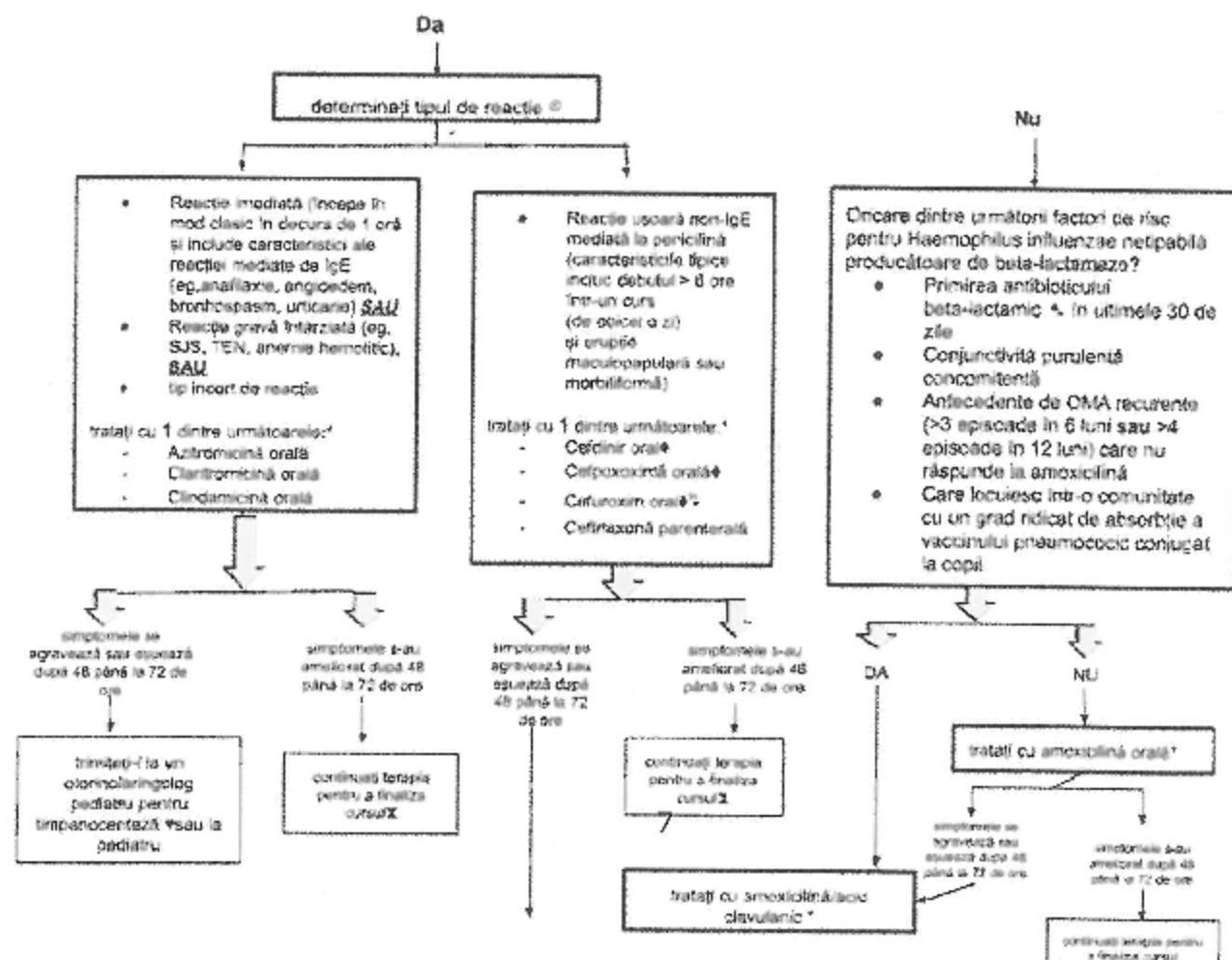
Sимptomul principal este otalgia. Aceasta începe și se acutizează în timpul nopții probabil datorită deschiderii insuficiente a trompei lui Eustachio în timpul somnului și a edemului mucoasei marcat în poziția de pronăție ; poate fi un simptom solitar sau poate urma unor simptome URTI ; durerea crește rapid în intensitate în timpul progresului inflamației și poate scădea după administrarea de analgezice. Copilul va avea o stare generală influențată. Apare scăderea de auz. Toate aceste

simptome se reduc simțitor odată cu perforarea membranei timpanale datorită presiunii de necroza. Se produce astfel otoreea muco-purulentă și ceteodată sanguinolentă. Se poate produce perforație și fără durere, mai ales dacă există un segment preexistent atelectatic.

Examinarea inițială poate releva o membrană timpanală bombată, mată. Hiperemia și vascularizația accentuate, paralele cu manerul ciocanului. Apar și vase radiare ce pornesc de la nivelul mânerului ciocanului și apare transudatul. Mânerul ciocanului apare bombat, roșu și apar secreții purulente ce bombează posteroinferior. Necroza de presiune a acestei regiuni poate cauza fisurarea timpanului cu exteriorizarea puroiului în CAE. Copiii au în general febră (peste 39°C), au stare generală influențată și rar apar complicații.

#### Tratament : Abordarea terapiei cu antibiotice pentru otita medie acută la copii

*Copil cu OMA care necesită tratament cu antibiotice? Antecedente de reacții adverse la penicilină?*



**Antibiotice sistemic utilizate pentru tratamentul initial al otitei medii acute la copii**

ANTIBIOTICE	CALEA DE ADMINISTRARE	DOZA	DOZA MAXIMĂ PE ZI
Amoxicilină	p.o	90mg/kg pe zi în 2doze	3g/zi
Amoxicilină-clavulanat *	p.o	Amoxicilină 90mg/kg pe zi, clavulanat 6,4 mg/kg pe zi în 2doze	3g/zi (amoxicilină)
Amoxicilină-clavulanat cu eliberare prelungită (pentru copii cu vârstă $\geq$ 16 ani)*	p.o	Amoxicilină 1g, clavulanat 62,5 mg la 12h /Amoxicilină 2g, clavulanat 125g la 12 h	4g/zi (amoxicilină)

**Comunități cu prevalență scăzută a S. pneumoniae rezistent la penicilină**

Amoxicilină	p.o	40 mg/kg pe zi în 2 doze sau 3 doze	3g/zi
Amoxicilină-clavulanat *¶	p.o	Amoxicilină 40 mg/kg pe zi, clavulanat 5,7 mg/kg pe zi în 2 doze ▲	3g/zi (amoxicilină)

**Alternative pentru copiii cu reacții alergice ușoare non-mediate de IgE la peniciline**

Cefdinir	p.o	14 mg/kg pe zi într-o doză sau 2doze	600 mg/zi
Cefpodoximă	p.o	10 mg/kg pe zi în 2 doze	400mg/zi
Cefuroximă suspensie (indisponibilă în SUA) ¶	p.o	30 mg/kg pe zi în 2 doze	1g/zi
Cefuroximă tablete(pentru copii care au >17 Kg și care pot înghiți întreaga tabletă)	p.o	250mg de 2 ori pezi	
Ceftriaxonă ¶	im/iv	50mg/kg pe zi	1g/zi

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b> Clinica ORL Bega	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>	Ediția 1  Revizia, 1  Pag. 10 din 17
--	---	---

**Alternative pentru copiii cu reacție alergică mediată de IgE sau cureactie întârziată gravă la betalactamine, inclusiv cefalosporine**

Azitromicină	p.o	10 mg/kg o dată pe zi, 1mg în prima zi, apoi 5mg/kg o dată pe zi în zilele 2 până la 5	500mg/zi în ziua 1; 250 mg/zi în zilele 2 până la 5
Clarithromicină	p.o	15mg/kg pe zi în 2doze	1g/zi
Clindamicină	p.o	30 mg/kg pe zi în 3doze	1,8g/zi

Acum tabel este menit să fie utilizat împreună cu subiectele UpToDate legate de otitele medii la copii. Consultați conținutul UpToDate pentru informații adiționale cu privire la alegera terapicii. Durata tratamentului variază în funcție de vîrstă, caracteristicile clinice asociate și agentul antimicrobian:

- Pentru amoxicilină, amoxicilină-clavulanat, cefalosporine orale, claritromicină și clindamicina:
  - Copii < 2 ani și copii (orice vîrstă) cu perforație de timpan sau cu otite medii acute recurente în antecedente: 10 zile
  - Copii ≥ 2 ani cu membrana timpanica intactă sau fără antecedente de otite medii acute recurente: 5 sau 7 zile
  - Pentru celtriaxonă: o doză sau 3 doze, în funcție de persistența simptomelor
  - Pentru azitromicină: 5 zile

 <p><b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÂNZEU" TIMIȘOARA</b></p> <p>Clinica ORL Bega</p>	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>	Ediție 1  Revizia. 1  Pag. 11 din 17
	PM-ORL-007	

\* Pentru copiii cu risc crescut de a dezvolta *Haemophilus influenzae* non-tipabil producător de beta-lactamază; cei care au primit anterior un antibiotic beta-lactamic (de exemplu, peniciline, cefalosporine), care au concomitent conjunctivită purulentă, au un istoric de otită medie recurrentă care nu răspunde la amoxicilină sau care locuiesc într-o comunitate în care se înregistrează o rată ridicată de vaccinare cu vaccin conjugat pneumococic la copii.

¶ Frecvent utilizat dacă amoxicilina eșuează.

▲ Disponibilitatea acestui raport dintre amoxicilina și clavulanat (7:1) variază în funcție de zona geografică.

◊ Reacțiile mediate de IgE încep clasic în decurs de 1 ora de la doza initială sau ultima administrată; caracteristicile comune sunt: anafilaxie, angioedem, wheezing, edem laringian, hipotensiune, urticarie. Reacțiile întârziate apar mai târziu, după mai multe administrări. Exemple de reacții întârziate importante sunt: sindromul Stevens-Johnson, necroliză epidermică toxică, citopenii cauzate de medicamente.

§ Rar utilizat din cauza interacțiunilor medicamentoase.

 <b>SPITALUL</b> <b>CLINIC</b> <b>JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b> Clinica ORL Bega	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>	Ediția I  Revizia 1  Pag. 12 din 17
	PM-ORL-007	

1. Tratament de suport: fluide, decongestionante topice sau sistemică, analgezice precum ibuprofen (antiinflamator) și paracetamol (antipiretic)
2. Sunt necesare antibiotice. Un studio Cochrane va fi elaborat în curând. Se va administra de primă intenție Amoxicilină 7- 14 zile sau Amoksiklav, antibiotic care acoperă cei mai comuni patogeni dacă pacientul nu este alergic la penicilină (alternative Klacid sau eritromicina) și dacă microorganismele nu sunt rezistente. În aceste situații, în funcție de sensibilitatea microorganismului sau dacă nu prezintă răspuns clinic, trebuie gasită o altă alternativă. Se poate cere sfatul microbiologului. Medicația orală este bună în absența complicațiilor. Există anumite studii care indică faptul că administrarea prelungită de antibiotice poate curăța sufuziunile din urechea medie. Unii autori sugerează chiar utilizarea de 6 săptămâni de antibiotic la copiii cu episoade recurente.
3. Inserția de aeratoare transtimpanale este indicată în cazul copiilor cu episoadă frecvente și repetate de otită.

Condițiile care predispun la apariția otitelor se vor trata ca atare: hipertofia vegetațiilor adenoidice, adenoidita, cei cu status imun problematic

#### Complicatiile otitei medii supurante acute

- extensia infecției peste marginile segmentelor urechii medii
- pot apărea atât în otita medie supurată acută cât și cronică
- când este diagnosticată o complicație, trebuie stabilit un plan de tratament multidisciplinar care să implice medicul otolaringolog, pediatru, neurolog, neurochirurg și microbiolog, în funcție de caz.

INTRATEMPORALE	INTRACRANIENE	EXTRACRANIENE
Mastoidita acuta	Tromboza de sinus laterală	Abcesul lui Bezold(de-a lungul mușchiului sternocleidomastoidian)
Paralizia nervului facial	Abcesul extra- si subdural	Abcesul lui Citelli(posterior fata de mastoida)
Abcesul subperiostal	Meningita	Abcesul lui Luc(de-a lungul radacinii zigomaticice)
Labirintita bacteriana	Sepsis intracranian	Embolii septici
Petrozita apicala(sindromul Gradenigo)	Hidrocefalic otitică	

#### 1. Mastoidita acută

Mastoidita acută (MA) este cea mai frecventă complicație a OMA, cu o incidență de aproximativ 1 până la 2 la 10.000 de copii din populația generală și reprezentând 2,4% din toți copiii internați cu otita medie într-

 <b>SPITALUL</b> <b>CLINIC</b> <b>JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b> Clinica ORL Bega	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>  PM-ORL-007	Ediția I  Revizia 1  Pag. 13 din 17
--	---	--

un studiu la nivel național în SUA. Semnele care apar cel mai frecvent sunt tumefacția postauriculară cu pierdereșantului postauricular, eritemul cutanat, sensibilitatea și proeminența pavilionului urechii. În plus, la otoscopic se poate observa căderea peretelui canalului urechii posterosuperior, în plus față de anomaliiile membranei timpanice descrise anterior observate în OMA. Alte constatări însotitoare ar putea include paralizia nervului facial și semnele de extensie intracraniană. O tomografie computerizată cu contrast este modalitatea de imagistică cea mai utilizată, datorită capacitații sale de a evidenția eroziunea osoasă, formarea abcesului, tromboza sinusală și sepsisul intracranian. Unii autori sugerează efectuarea unei scanări la fiecare pacient cu mastoidita acută pentru a evita omiterea oricărora complicații intracraiene, în timp ce alții consideră că acest lucru ar putea expune un număr semnificativ de pacienți la iradiere inutilă. O scanare CT trebuie efectuată dacă sunt suspectate complicații intracraiene, când răspunsul la tratamentul conservator cu antibiotice intravenoase este slab, atunci când există dubii de diagnostic și preoperator înainte de o mastoidectomie corticală. Pentru complicațiile intracraiene, imagistica prin rezonanță magnetică suplimentară poate fi utilă pentru a determina amploarea bolii. În absența simptomelor și semnelor de complicații, antibioticele intravenoase cu spectru larg sunt tratamentul de primă linie al mastoiditei acute. Unii clinicieni pot lăua în considerare o miringotomie sau inserarea unui tub de ventilație în stadiul inițial al managementului, ambele necesitând anestezie generală. Cand s-a format un abces subperiostal, tratamentul va consta de obicei într-o mastoidectomie corticală cu drenarea colecției de puru în țesuturile moi. Incizia și drenajul sau aspirația cu ac numai a abcesului s-au dovedit a fi eficiente în unele studii. Ar trebui efectuată o mastoidectomie corticală pentru complicațiile mastoiditei acute și lăuată în considerare dacă răspunsul la managementul conservator este slab.

## 2. Petrozita acută

Pacienții pot prezenta sindromul Gradenigo care include: otita medie acută, paralizie de nerv abducens ipsilateral cu paralizia mușchiului drept extern al ochiului, durere la nivelul nervului trigeminal ipsilateral. Acești nervi craniieni sunt separați printr-un strat fin de dura ce desparte apexul petros astfel încât inflamația de la un apex petros aerat se poate extinde și poate implica acești nervi. Un abces extradural sau o pahimeningită (meningita extinsă la dura) a acestei regiuni de la o meningită generalizată poate produce simptomatologie la nivelul nervilor craniieni, fără o otita medie de asociere.

3. Abces Citelli- abces subperiostal care s-a extins de la aspectul medial al mastoidei către fosa digastricului
4. Abces Bezold- este un abces care s-a extins inferior prin fascia mușchiului sternocleidomastoidian pentru a forma o masă fluctuantă de-a lungul marginii sale anterioare.
5. Abces extradural sau subdural
6. Meningita
7. Abces cerebelar, de lob temporal și abces perisinusal

 <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN</b> <b>DE URGENȚĂ</b> <b>"PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</b>	<b>PROTOCOL MEDICAL</b> <b>DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN OTITA MEDIE ACUTA</b> <b>SUPURATA</b>	Ediția 1  Revizia, 1
Clinica ORL Bega	PM-ORL-007	Pag. 14 din 17

8. **Tromboza de sinus lateral** -tromboza de sinus lateral otogenă cuprinde un tromb septic care implică sinusul sigmoid (și posibil transvers) cu ocluzie parțială sau completă a fluxului sanguin. Trombul poate rezulta din extinderea directă din osteită sau din țesutul de granulație septic care se află deasupra peretelui sinusal sau din extensia indirectă a infecției prin venele emisare.
9. **Hidrocefalia otitică**- se caracterizează prin prezența presiunii intracraaniene crescute (ICP) și poate însoții alte complicații intracraaniene, cum ar fi tromboza sinusală laterală (LST) sau sepsisul intracranian.
10. **Paralizia de nerv facial** –există o populație de risc cu dehiscență congenitală a porțiunii orizontale a nervului facial. Aceasta apare la 6 % din populație.
11. **Labirintita seroasă și supurativă**- destă rară (1,8-2% din complicațiile intratemporale), labirintita supurată (bacteriană) poate provoca morbiditate semnificativă. Trebuie să se deosebească de labirintita seroasă, unde există o inflamație non-purulentă a labirintului. Diagnosticul de labirintită este unul clinic, cu caracteristici prezintând pierdere a auzului, tinnitus, vertig și nistagmus. Labirintita supurativă trebuie suspectată atunci când simptomele sunt severe și/sau progresive și este adesea asociată cu alte complicații. Tratamentele includ miringotomia și inserarea tubului de ventilație în OMA și mastoidectomie corticală în mastoidita acută. Ratele de recuperare pentru funcția urechii interne după labirintită supurată sunt nesemnificative, majoritatea pacienților având o pierdere profundă a auzului (71-100%).

### **Sechele postotitice**

1. Transudatul non supurativ din urechea medie (otitis media with effusion) care poate persista peste 30 de zile la 40 % din copii și peste 3 luni la 10% din copii. Aceasta poate predispune la atelectazia membrane timpanale și colesteatom.
2. Hipoacuzia neurosenzorială de ton înalt, secundar migrării toxinelor bacteriene prin sarea rotundă.
3. Perforarea membrane timpanale
4. Aderență între membrane timpanala, oscioare și peretele medial al urechii medii
5. Timpanoscleroza care se întinde de la nivelul membrane timpanale la lanțul osicular, fixând scăriță.
6. Eroziunca lanțului osicular și mai ales a nicovalei după episoade recurente de ASOM

### **7. Resurse necesare**

1. Umane (competențele personalului necesare)
  - a. Medic specialist/primar ORL
  - b. Asistent medical generalist
2. Aparatura specifică;
  - microscop
  - endoscop
  - trusa de microchirurgie a urechii

### **7. Condiții de abatere de la protocol**

1. Reglementări juridice
2. În caz de nevoie, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
3. În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vîrstă extremitate, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
4. Refuzul pacientului de a accepta conduită terapeutică precizată în protocol
5. Studii clinice derulate în spital aprobată de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
6. Modificări în ghidurile naționale sau internaționale

### **8. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori**



Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților/aparținătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /aparținătorilor cu diagnostic <b>Otită medie acută</b> în decurs de 6 luni	0
2	Proporția pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu <b>Otită medie acută</b>	anual	Număr pacienți reinternare	0
3.	Durata medie de spitalizare cazuri necomplicate	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	—
4	Durata medie de spitalizare cazuri necomplicate	anual	Om zile spitalizare aferente bolnavilor internați/Nr. mediu de paturi * 100	Max. —
5	Proportia pacientilor decedati	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul corpi străini decedați/nr.total pacienți cu diagnosticul <b>Otită medie acută</b> *100	0
6	Rata complicațiilor	anual	Nr. pacienti cu afectiunca ... la care apar complicatii/nr.total pacienti cu afectiunea <b>Otită medie acută</b> *100	0
7	Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pentru pacienții cu <b>Otită medie acută</b>	anual	Nr. pacienti cu afectiunea corpi străini cu IAAM/nr total pacienti cu afectiunea <b>Otită medie acută</b> *100	0
	.....			

## 9. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

### 1. Medic șef secție

- a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
- b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
- c. Coordonează/realizează analiza autocvaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
- d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului



- e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
2. Auditor clinic al secției
  - a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocolelor implementate la nivel de spital
  - b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
  - c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte
3. Medicii clinicieni din cadrul secției
  - a. Respectă protocolul medical
  - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
  - c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
  - d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
  - e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
  - f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație).
4. Asistentele medicale din cadrul secției
  - a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
  - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG

