

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas  
[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Editorial

### Otitis media aguda: tratar o no tratar, esa es la cuestión

Baquero Artigao F

*Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Materno-Infantil La Paz. Madrid (España).*

Correspondencia: Fernando Baquero Artigao, [fernando.baquero@salud.madrid.org](mailto:fernando.baquero@salud.madrid.org)

---

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2013 • Fecha de aceptación: 9 de mayo de 2013  
Fecha de publicación del artículo: 16 de mayo de 2013

---

Evid Pediatr.2013;9:20.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Baquero Artigao F. Otitis media aguda: tratar o no tratar, esa es la cuestión. Evid Pediatr. 2013;9:20.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en  
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2013;9:20>  
©2005-13 • ISSN: 1885-7388

# Otitis media aguda: tratar o no tratar, esa es la cuestión

Baquero Artigao F

Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Materno-Infantil La Paz. Madrid (España).

Correspondencia: Fernando Baquero Artigao, fernando.baquero@salud.madrid.org

La otitis media aguda (OMA) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en Pediatría. La incidencia máxima se produce entre los seis y los 18 meses de vida, y a los tres años el 80% de los niños ha presentado al menos un episodio<sup>1</sup>. Debido a su elevada prevalencia, la OMA es una de las enfermedades que generan más gasto antibiótico en los países desarrollados. Sin embargo, más del 80% de los casos se resuelve espontáneamente sin necesidad de tratamiento antibiótico, por lo que se calcula que hay que tratar entre 8 y 16 enfermos para que uno se beneficie<sup>2</sup>. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la buena evolución de muchas OMA tratadas solo con analgesia<sup>3</sup>, aunque esto depende en gran parte del microorganismo causante. La curación espontánea de las OMA producidas por *M. cathartidis* de más del 75% de los casos, por *H. influenzae* del 50% y por neumococo de tan solo el 17%<sup>4</sup>. Puesto que únicamente se complica un pequeño porcentaje de las OMA, el objetivo debe ser tratar únicamente el subgrupo de niños con mala evolución o factores de riesgo. Esto permitiría la disminución del consumo de antibióticos, lo cual tiene un claro beneficio en el desarrollo de resistencias.

El tratamiento antibiótico de la OMA acorta los síntomas, aumenta los porcentajes de curación y evita las complicaciones. Se ha demostrado que el beneficio antibiótico es mayor en los lactantes menores de seis meses, en la otitis neumocócica, en los casos con fiebre elevada o fuerte otalgia, cuando la afectación es bilateral y en presencia de otorrea, lo que señala a estos casos como más indicados para ser tratados<sup>5</sup>. Sobre la base de estos conceptos, la Academia Americana de Pediatría y de Médicos de Familia publica en mayo de 2004 la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la OMA<sup>3</sup>, donde se propugna un manejo inicial de la infección sin antibióticos en casos seleccionados. Consiste en la estrategia *wait and see*, una conducta expectante con vigilancia estrecha ante un diagnóstico de OMA en pacientes sin factores de riesgo, posponiendo el tratamiento antibiótico para los casos con sintomatología persistente. En esta guía se recomienda la administración de antibióticos a los lactantes menores de seis meses y entre los 6 y los 24 meses si el diagnóstico es seguro (presencia de otorrea u otalgia asociada a abombamiento timpánico). En los lactantes mayores de seis meses con diagnóstico probable (otalgia sin hallazgos en la otoscopia o abombamiento timpánico sin clínica) se recomienda antibioterapia si hay síntomas de gravedad como

dolor intenso, irritabilidad o fiebre > 39 °C. Por encima de los dos años no se recomienda tratamiento antibiótico incluso ante un diagnóstico cierto, excepto si hay síntomas graves. En caso de optar por la conducta expectante, el médico debe asegurarse de la posibilidad de seguimiento del paciente, iniciando el tratamiento si los síntomas persisten tras al menos 48 horas de tratamiento sintomático. En el ámbito extrahospitalario, esta estrategia reduce la necesidad de tratamiento antibiótico en dos de cada tres niños<sup>6</sup>. La actitud expectante ha sido recogida en las guías y protocolos de tratamiento de la OMA por diferentes países<sup>7,8</sup>, incluida España<sup>9</sup>.

En el año 2011 se publican dos ensayos clínicos aleatorizados comparando el tratamiento antibiótico frente a placebo en lactantes con OMA confirmada<sup>10,11</sup>. En ambos se pone de manifiesto que en los niños tratados con antibióticos hay una resolución más precoz de los síntomas y una menor persistencia de exudado inflamatorio en el oído medio. El beneficio clínico es similar en los niños con o sin signos de gravedad en la exploración inicial<sup>11</sup>. La desaparición precoz de la sintomatología reduce las visitas al pediatra y la ansiedad y el absentismo laboral de los padres, lo cual tiene claras implicaciones económicas en una infección con una prevalencia tan elevada. La rápida disminución del exudado en el oído medio se ha relacionado con una menor posibilidad de recurrencias posteriores. El beneficio clínico del tratamiento antibiótico en estos trabajos (26-35%)<sup>10,11</sup> es muy superior al recogido con anterioridad en la literatura científica (6-12%)<sup>12,13</sup>, y se calcula que hay que tratar únicamente entre tres y cuatro pacientes para que uno se beneficie. Estas diferencias pueden deberse a la estricta selección de los casos de OMA en estos ensayos comparada con una mayor variabilidad diagnóstica en las revisiones previas.

Los dos ensayos no contradicen las guías de práctica clínica publicadas hasta la fecha, que recomiendan el tratamiento antibiótico en los lactantes con OMA confirmada, pero han inclinado la balanza hacia una postura más favorable al tratamiento antibiótico. En las últimas guías americanas<sup>14</sup> se ofrece la posibilidad de optar por tratamiento antibiótico u observación clínica estrecha a los niños mayores de dos años con OMA unilateral sin signos de gravedad.

A pesar de los claros beneficios potenciales de la observación sin antibióticos en la OMA, es llamativa la falta de segui-

miento de la actitud expectante por parte de los pediatras. Las guías de práctica clínica no han cambiado de forma sustancial la prescripción de antibióticos en EE. UU., donde tan solo el 16% de los pediatras no prescribe antibióticos ante una OMA confirmada<sup>15</sup>. En un estudio italiano, más del 50% de los facultativos reconoce no utilizar nunca la actitud expectante<sup>16</sup>, y en nuestro país, tan solo la mitad de los pediatras mantiene en observación a niños mayores de dos años con OMA confirmada sin factores de riesgo<sup>17</sup>. Una de las principales objeciones es el temor a las complicaciones supurativas, especialmente a la mastoiditis. Sin embargo, esta complicación es muy infrecuente. La OMA evoluciona a mastoiditis en 3,8 casos de cada 10 000 episodios, y con antibiótico en 1,8, siendo necesario tratar 4831 casos de OMA para prevenir un caso de mastoiditis<sup>18</sup>. Otras causas en contra de la actitud expectante son el progresivo incremento de la demanda asistencial, la presión familiar para el uso de antibióticos y la posibilidad de una peor evolución clínica en los niños con tratamiento diferido, que representan alrededor de una tercera parte de los que reciben inicialmente tratamiento sintomático. En un reciente artículo<sup>19</sup> comentado en este mismo número de *Evidencias en Pediatría*<sup>20</sup>, se concluye que la tasa de curación de la OMA en los niños con tratamiento diferido es similar a la de los que reciben un tratamiento antibiótico inmediato, aunque la fiebre y la otalgia son más prolongadas y el absentismo laboral de la familia es de un día más. Esto puede tener repercusiones socioeconómicas importantes, por lo que el pediatra debe considerar individualmente si la demora en el inicio del tratamiento antibiótico se traduce en beneficios para el niño y su familia.

La actitud expectante tiene que ser, por tanto, una decisión consensuada entre el pediatra y la familia y debe formar parte de una estrategia de tratamiento más amplia que incluya la analgesia, la información detallada a los padres y la posibilidad de administración de un antibiótico de rescate. Uno de los problemas que plantea es la sobrecarga asistencial para la evaluación de los niños con tratamiento sintomático. En este sentido, es interesante la propuesta de una prescripción diferida controlada por la familia, en la cual se administra el antibiótico en función de la persistencia o el empeoramiento de los síntomas objetivados por los padres dentro de las primeras 48-72 horas de evolución. En un estudio realizado que ha empleado esta estrategia, tan solo el 13% de los padres administró antibióticos a sus hijos, frente a un 62% en el grupo control<sup>21</sup>.

A pesar de las evidentes dificultades que plantea la instauración de la conducta expectante en la práctica clínica diaria, se trata de una medida con beneficios para el paciente, para su familia, para la comunidad y para la sociedad en su conjunto. La utilización masiva de antibióticos en la OMA ha contribuido de manera muy importante al aumento de las resistencias entre los patógenos respiratorios. En los últimos años, el uso más racional de la antibioterapia empírica ha conducido a una disminución de estas resistencias en nuestro país<sup>9</sup>. La disminución del consumo de antibióticos disminuye el gasto farmacéutico y reduce las reacciones alérgicas y los efectos

secundarios asociados al tratamiento. La antibioterapia en la OMA incrementa las tasas de diarrea un 10-20% y las de dermatitis un 6-16%<sup>10-13</sup>, lo cual supone un coste social y sanitario importante que ha sido poco evaluado en los ensayos clínicos.

No hay duda de que el tratamiento diferido debe ir acompañado de otras medidas para disminuir las resistencias bacterianas, como la promoción de la vacunación antineumocócica y antigripal, la selección de antibióticos de espectro reducido, o el uso de pautas cortas de tratamiento. En este sentido, se ha demostrado que la repuesta clínica en la OMA es evidente a los cinco días de iniciado el tratamiento antibiótico<sup>10</sup>, por lo que no deberían emplearse pautas de más de siete días, salvo en casos seleccionados. La utilización juiciosa de los antibióticos es un gesto de responsabilidad médica para preservar la eficacia de las defensas de la población contra las infecciones bacterianas más frecuentes. El beneficio colectivo de la actitud expectante en el tratamiento de la OMA puede conseguirse con el seguimiento general de las guías de práctica clínica<sup>7-9,14</sup>. Solo juntos podremos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis.* 1989;160:83-94.
2. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet.* 2004;363:465-73.
3. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Clinical Practice Guideline Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics.* 2004;113:1451-65.
4. Pichichero ME. Assessing the treatment alternatives for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J.* 1994;13:S27-S34.
5. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet.* 2006;368:1429-35.
6. Marchetti F, Ronfani L, Nibali SC, Tamburini G, and the Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media. A Prospective, observational Study in Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:679-84. Disponible en: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486068>
7. Shekelle PG, Takata GS, Newberry SJ, Tomaini C, Limbos MA, Chan LS, et al. Management of Acute Otitis Media: Update. Evidence Report Technology Assessment No. 198. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Prescribing of antibiotics for self limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. 2008. (Clinical guideline 69.) London: NICE; 2008.
9. Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, de la Calle Cabrera T, López Robles MV, Ruiz Canela J, Alfayate

- Migueluez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:195-205.
10. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola A. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med*. 2011;364:116-26.
  11. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Shaikh N, Wald ER, Kearney DH, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med*. 2011;364:105-15.
  12. Sanders S, Glasziou P, Del Mar C, Rovers M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2004 Issue 1 Art no. CD000219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
  13. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, Limbos MA, Suttorp MJ, Shekelle PG, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *JAMA*. 2010;304:2161-9.
  14. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131:e964-99.
  15. Coco A, Vernacchio L, Horst M, Anderson A. Management of acute otitis media after publication of the 2004 AAP and AAFP clinical practice guideline. *Pediatrics*. 2010;125:214-20. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/2/214.full.pdf+html>
  16. Moro ML, Marchi M, Gagliotti C, Di Mario S, Resi D and the "Progetto Bambini a Antibiotici [ProBA]" Regional Group. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. *BMC Pediatrics*. 2009;9:69. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/69/>
  17. Piñeiro R, Calvo C, Madina AF, Bravo J, Cabrera L, Fernández-Llamazares CM, et al. Uso empírico de antibióticos en niños en España. Resultados de una Encuesta Pediátrica Nacional 2012 (Estudio ABES). *An Pediatr (Barc)*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.023>
  18. Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, Saxena S, Sharland M, Wong IC. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: a retrospective cohort study. *Pediatrics*. 2009;123:424-30. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/2/424.full.pdf+html>
  19. Tähtinen PA, Laine MK, Ruuskanen O, Ruohola A. Delayed versus immediate antimicrobial treatment for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2012;31(12):1227-32.
  20. Llerena Santa Cruz E, Ruiz-Canela Cáceres J. ¿Debemos tratar con antibióticos de forma diferida las otitis de los lactantes? *Evid Pediatr*. 2013;9:25.
  21. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:1235-41.