

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

La actitud expectante en la otitis media aguda ¿reduce los costes?

Cabrera Morente L¹, Gimeno Díaz de Atauri A²

¹CS San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén. España.

²Unidad de Neumología y Alergología Pediátricas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Laura Cabrera Morente, lauramorente@hotmail.com

Palabras clave en español: otitis media; análisis coste-beneficio; espera vigilante.

Palabras clave en inglés: otitis media; cost-benefit analysis; watchful waiting.

Fecha de recepción: 3 de septiembre 2018 • **Fecha de aceptación:** 12 de septiembre de 2018

Fecha de publicación del artículo: 19 de septiembre de 2018

Evid Pediatr. 2018;14:21.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cabrera Morente L, Gimeno Díaz de Atauri A. La actitud expectante en la otitis media aguda ¿reduce los costes? Evid Pediatr. 2018;14:21.

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=2018;14:21>

©2005-18 • ISSN: 1885-7388

La actitud expectante en la otitis media aguda ¿reduce los costes?

Cabrera Morente L¹, Gimeno Díaz de Auri A²

¹CS San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén. España.

²Unidad de Neumología y Alergología Pediátricas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Laura Cabrera Morente, lauramorente@hotmail.com

Artículo original: Sun D, McCarthy TJ, Liberman DB. Cost-effectiveness of watchful waiting in acute otitis media. *Pediatrics*. 2017;139:e:20163086.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: el empleo apropiado de la actitud expectante para el manejo de la otitis media aguda podría simultáneamente mejorar los resultados de salud y ahorrar costes a la sociedad. En contraposición, los autores interpretan que esta actitud podría suponer un aumento de las visitas, requiriendo educación adicional de los padres y del personal sanitario.

Comentario de los revisores: este análisis de coste-efectividad demuestra que la actitud expectante basada en las pautas de la Academia Americana de Pediatría para el manejo de la otitis media se asocia con menores costes totales y evita la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. Sería necesario realizar estudios de costes en Atención Primaria y adaptados a nuestro medio, donde se puede asegurar un seguimiento más exhaustivo de los pacientes obteniendo incluso costes menores.

Palabras clave: otitis media; análisis coste-beneficio; espera vigilante.

Does watchful waiting reduce costs in acute otitis media?

Abstract

Author's conclusions: the appropriate use of watchful waiting for the management of acute otitis media could simultaneously improve health outcomes and save costs for society. In contrast, the authors interpret that this attitude could imply an increase in visits, requiring additional education from parents and health personnel.

Reviewer's commentary: this cost-effectiveness analysis demonstrates that watchful waiting management for acute otitis media in patients meeting criteria of the AAP guidelines, stratifying by age and severity symptoms, is associated with lower total costs and also avoids the loss of years of life due to disability. It would be necessary to conduct cost studies in Primary Care, adapted to our environment where it can be ensured a more exhaustive monitoring of patients and the costs could be even lower.

Key words: otitis media; cost-benefit analysis; watchful waiting.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: valorar si la actitud expectante, basada en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) en la otitis media aguda (OMA), reduce gastos y mejora los resultados en salud.

Diseño: estudio teórico de coste-efectividad, desde una perspectiva social.

Emplazamiento: Servicio de Urgencias de un hospital pediátrico terciario, en Los Ángeles, California.

Población de estudio: cohorte hipotética de 1000 pacientes con OMA estimada a partir de una muestra retrospectiva de 250 pacientes ≤ 18 años elegidos aleatoriamente entre todos aquellos con diagnóstico codificado (CIE-9) de OMA, en el periodo de abril de 2014 a enero de 2015.

Intervención: aplicación estricta de las recomendaciones de las guías de la AAP respecto a la actitud expectante en determinados casos de OMA en niños (grupo de intervención [GI]) frente a la práctica habitual en el Servicio de Urgencias (grupo control [GC]). Se diseñaron además escenarios alternativos en los que el GC se comparaba con haber dado a

todos antibiótico y con la opción contraria de no habérselo dado a ninguno.

Medición del resultado: la variable principal fue el coste efectividad incremental (CEI) medido en función de las diferencias en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre las dos intervenciones. Se realizó además análisis de sensibilidad de una dirección y análisis de incertidumbre mediante método probabilístico. Se estudiaron las variables: edad, signos y síntomas (duración del dolor, temperatura, perforación timpánica), exploración timpánica, escala de dolor y plan de tratamiento, todas ellas recogidas mediante un formulario a partir de la historia clínica. Las asunciones del modelo incluyen una probabilidad de curación/efectos adversos con y sin antibióticos de 81/53% y 55/36%, respectivamente. Asimismo se asumió un riesgo de meningitis y mastoiditis de 8 y 37 por 100 000, respectivamente, de timpanometría anormal a los 3 meses de 23,7% y de ingreso por otitis de 0,22%.

Resultados principales: de la muestra inicial de 250 pacientes diagnosticados en el informe de alta se excluyen tres por no cumplir los criterios de examen físico para OMA. La media de edad fue de 3 años, siendo 135 varones (54,7%). En esta población, 210 pacientes (86%) estaban previamente sanos, 13 pacientes (5,3%) asociaban otra enfermedad aguda, y 24 pacientes (9,7%) tenían comorbilidades crónicas.

A 231 pacientes se les prescribió antibiótico (93,5%), a 7 se les recomendó actitud expectante según las recomendaciones de la AAP (2,8%), y 9 (3,6%) fueron enviados al domicilio sin antibiótico, pero sin recomendaciones según las guías. Al revisar los signos y síntomas de estos pacientes para el manejo de la OMA, según las guías de la AAP, 104 pacientes (42,1%) presentaban criterios para la prescripción inmediata de antibiótico, y 143 pacientes (57,9%) presentaban criterios para actitud expectante.

En el modelo teórico, se realiza un análisis coste-efectividad aplicando la actitud expectante para aquellos que cumplían criterio de hacerlo según las guías de la AAP. De los 1000 pacientes con OMA, la adopción de la actitud expectante cuando es apropiado produciría 514 menos prescripciones inmediatas de antibiótico y 205 menos prescripciones posteriores de antibiótico, evitando 14,3 AVAD y ahorrando 5573 dólares. Estos resultados no se vieron modificados en el análisis de sensibilidad. En el análisis de incertidumbre, de cada 10 000 simulaciones, en 9994 los resultados favorecían al GI y en 6 los resultados eran equívocos. En ninguna de ellas los resultados favorecían al GC. En los escenarios alternativos en los que se comparaba GI (la actitud expectante) con dar a todos antibiótico suponía un coste adicional de 9724 dólares y 27,8 AVAD y comparado con no dárselo a ninguno, el coste sería de 15 695 dólares y 0,4 AVAD.

Conclusión: el empleo apropiado de la actitud expectante para el manejo de la otitis media aguda podría mejorar los resultados de salud y ahorrar costes a la sociedad.

Conflicto de intereses: ninguno.

Fuentes de financiación: ninguna.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: la OMA es una de las infecciones más frecuentes en Pediatría, con mayor incidencia entre los 6-18 meses de vida. Debido a ello, es una de las enfermedades que generan más gasto antibiótico en los países desarrollados, y a su vez contribuye al desarrollo de resistencias a antibióticos. Este gasto en muchos casos es innecesario, ya que el 80% de los casos se resuelve espontáneamente sin precisar antibiótico, solo con tratamiento analgésico¹, y la tasa de mastoiditis se mantiene estable a pesar de disminuir la prescripción antibiótica, con un NNT de 4831². Sería por tanto necesario determinar qué criterios permitirían seleccionar a aquellos niños con riesgo de complicación de la OMA, en los que estaría indicado la prescripción antibiótica. Las guías de la AAP³ podrían servir de base para orientar sobre qué pacientes podrían beneficiarse de tratamiento antibiótico, reduciendo así la tasa de prescripción de antibióticos y sus efectos adversos.

Validez o rigor científico: el estudio está bien planteado, respecto a la intervención y medidas de resultado evaluadas. Se realiza un estudio de sensibilidad y análisis de incertidumbre para explorar el efecto de posibles variaciones en el modelo. Parte de las asunciones del modelo se toman de los datos de pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias de Pediatría, con una alta prescripción antibiótica, en este caso del 93,5%, probablemente asociada a la falta de seguimiento del paciente. Esta prescripción tan alta podría no producirse en otros ámbitos como la AP.

El resto de las asunciones se han tomado de referencias bibliográficas, las principales (probabilidad de curación y efectos adversos) de un metaanálisis realizado en 2007, cuyas estimaciones podrían necesitar actualización.

Importancia clínica: según los resultados de este estudio, la aplicación estricta de las recomendaciones de la AAP supondría que por cada 1000 niños con OMA en Urgencias, casi el 50% no precisaría la prescripción inicial de antibióticos y alrededor de 1 de cada 5 la prescripción posterior. Esto supondría un ahorro de costes de 5573 dólares y evitaría la pérdida de 14,3 AVAD. Estos resultados se añaden a los beneficios clínicos encontrados en una revisión Cochrane de 2015 basada en 13 ensayos clínicos aleatorizados que comparaba la prescripción de antibióticos con placebo. Inicialmente el antibiótico disminuía las alteraciones en la timpanometría y en la resolución del dolor, pero a largo plazo los antibióticos no influían sobre los resultados finales de la timpanometría o la producción de complicaciones. Sin embargo, el tratamiento con antibióticos incrementó el número de efectos adversos, como vómitos, diarrea y urticaria⁴.

Aplicabilidad en la práctica clínica: aunque el escenario clínico de la OMA analizada en este estudio sería aplicable en nuestro medio, puede que las asunciones, principalmente económicas, no lo sean, ya que el estudio está realizado en urgencias hospitalarias, donde se inician muchos antibióticos en OMA ante la falta de seguimiento del paciente. Las comparaciones realizadas con la práctica habitual podrían ser distintas con pacientes atendidos en Atención Primaria, con una esperada menor prescripción. No obstante, la reducción de costes y la ganancia en AVAD apoyan la aplicación de una actitud expectante selectiva.

Sería importante realizar programas de educación sanitaria explicando a los pacientes que no toda otitis debe tratarse con antibiótico, solo aquellas que cumplieren unos determinados criterios, que las que no los cumplen se podrían curar solas, y que el no realizar tratamiento antibiótico no implica complicación de la otitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baquero Artigao F. Otitis media aguda: tratar o no tratar, esa es la cuestión. *Evid Pediatr.* 2013;9:20.
2. Martín Muñoz P, Ruiz-Canela Cáceres J. La incidencia de mastoiditis no se ha incrementado con la actitud de no tratar la otitis media aguda. *Evid Pediatr.* 2009;5:43.
3. 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.
4. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD 000219.