



## Otitis media aguda

Jesús Ruiz Contreras<sup>1</sup>, César García Vera<sup>2</sup>, Pilar Lupiani Castellanos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Profesor Titular, Universidad Complutense de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

<sup>2</sup>Pediatra de atención primaria. CS José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza. Grupo de patología infecciosa de la AEPap

<sup>3</sup>Pediatra de atención primaria. UGC Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. Grupo de patología infecciosa de la AEPap

Fecha de actualización: 03/11/2023  
(V.2.0/2023)

**Cita sugerida:** Ruiz Contreras J, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Otitis media aguda (v. 3 /2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 03/11/2023; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

### Introducción y puntos clave

El diagnóstico preciso de la otitis media aguda (OMA)<sup>1</sup> exige la presencia de líquido en el oído medio más al menos un signo específico de inflamación del oído medio (tabla 4).

La principal dificultad diagnóstica es diferenciar la OMA de la otitis media con derrame (OMD) también llamada otitis serosa o seromucosa y de la otitis crónica con derrame (OMCD)<sup>2</sup>. Esta entidad viene definida por la persistencia del derrame (no infectado) en oído medio más de 3 meses tras una OMA. Con el uso de las vacunas antineumocócicas conjugadas, *Haemophilus influenzae* no tipable ha llegado a sustituir a neumococo como la primera causa de OMA aunque éste, permanece en tasas de incidencia muy próximas a las del primero. En un 25% hay coinfecciones de virus y bacterias.

El 80-90% de las OMA curan espontáneamente, con más frecuencia las producidas por *Haemophilus influenzae* que las causadas por neumococo.

El alivio del dolor con ibuprofeno o paracetamol a dosis habituales, pautados regularmente, es esencial en el tratamiento de la OMA<sup>3</sup>.

El beneficio del tratamiento antibiótico es moderado<sup>4</sup> y la mayoría de los niños mejorarán a los 3 días, independientemente de que se administre o no. La ausencia del tratamiento antibiótico no incrementa significativamente la incidencia de complicaciones supuradas.

Hay dos posibilidades de administrar el antibiótico: **prescripción inmediata** y **prescripción diferida** con observación<sup>5</sup>, sin que esta última práctica aumente el riesgo de complicaciones en el niño.

La amoxicilina a dosis de 80-90 mg/kg/día, máximo 3 g/día, es el antibiótico de elección. Si OMA recurrente<sup>6</sup>, OMA asociada a conjuntivitis purulenta, fracaso de tratamiento con amoxicilina a las 48 horas, haber recibido amoxicilina en los 30 días previos, el tratamiento de elección es amoxicilina-clavulánico (amoxicilina dosis máxima 3g, clavulánico dosis máxima 375mg)

No se ha demostrado beneficio del uso de anticongestivos o antihistamínicos en la OMA en el niño y sí aumento de eventos adversos.

No hay evidencia del beneficio del tratamiento con antibióticos tópicos en la OMA.

No está indicado el tratamiento profiláctico en caso de OMA recurrentes.



La prevención de la OMA se basa en la vacunación frente a neumococo con la vacuna tridecavalente o las nuevas vacunas neumocócicas de valencia ampliada, la vacunación anual frente a la gripe, evitar el humo del tabaco y mantener la lactancia materna al menos los primeros 6 meses de vida.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** se ha realizado una actualización de la etiología, criterios diagnósticos y tratamiento de la OMA.

## OTITIS MEDIA AGUDA

GENERALIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>Uno de los motivos de consulta más frecuente en la edad pediátrica.</li><li>Aproximadamente un 70 % de los niños presentan al menos 3 episodios de OMA antes de cumplir los 7 años.</li><li>Máxima incidencia entre los 6 y 11 meses y los 4 y 5 años.</li><li>Suele cursar con otalgia, otorrea, hipoacusia, fiebre o irritabilidad.</li><li>Se resuelve con frecuencia de forma espontánea, sin necesidad de tratamiento antibiótico en el 80 % de los niños, aunque la curación espontánea es inferior en menores de 2 años de edad.</li></ul>
DEFINICIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>Presencia de exudado en oído medio CON síntomas y signos de inflamación aguda.</li></ul>
CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"><li>Otalgia reciente es el síntoma más específico o sus equivalentes en los lactantes: irritabilidad, llanto, disminución o rechazo de la ingesta, insomnio.</li><li>Fiebre (50% de casos).</li><li>Otorrea (salida de secreción por el conducto auditivo externo [CAE]), cuando aparece conlleva cese del dolor, al disminuir la presión que pueda ejercer la secreción del oído medio sobre el tímpano. Habría que descartar una otitis externa.</li><li>Hipoacusia (por líquido en oído medio) en niños mayores.</li></ul>

## ETIOLOGÍA

MICROORGANISMOS CAUSALES DE LA OMA		
	Frecuentes	Menos frecuentes
Bacterias	<ul style="list-style-type: none"><li><i>Haemophilus influenzae</i> no tipables (44%)</li><li>Neumococo (31%)</li><li>Estreptococo grupo A (13%)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><i>Moraxella catarrhalis</i></li><li>Otras: <i>S. aureus</i>, enterobacterias</li></ul>
Virus (2-10%)	<ul style="list-style-type: none"><li>VRS</li><li>Influenza</li><li>Parainfluenza</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Otros virus: rinovirus, coronavirus, adenovirus</li></ul>



## FACTORES DE RIESGO

- Edad: < de 2 años
- Infección respiratoria viral
- Colonización nasofaríngea con los patógenos habituales
- Asistencia a guardería o tener hermanos escolarizados
- Lactancia artificial
- Uso de chupete
- Predisposición familiar
- Bajo nivel socioeconómico
- Tabaquismo pasivo
- Inmunodeficiencias

## DIAGNÓSTICO: CRITERIOS DE EPISODIO DE OMA

El diagnóstico seguro se basa en la clínica compatible + presencia de líquido en OM y al menos uno de 3 (excepto si existe otorrea)

Criterios	Síntomas y signos asociados
1.Inicio brusco y reciente del episodio con otalgia como síntoma prominente	<ul style="list-style-type: none"><li>• En etapa preverbal:<ul style="list-style-type: none"><li>○ llevarse la mano al pabellón</li><li>○ irritabilidad</li><li>○ insomnio</li><li>○ rechazo ingesta</li></ul></li></ul>
2.Presencia de líquido en el oído medio + al menos 1 de los síntomas asociados	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Abombamiento timpánico moderado o intenso</li><li>▪ Otorrea</li><li>▪ Abombamiento timpánico leve y comienzo de otalgia en las 24 horas previas</li><li>▪ Abombamiento timpánico leve y eritema timpánico</li></ul>
3.Inflamación de la membrana timpánica (MT)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eritema intenso (el eritema de la MT no se considera por si solo un hallazgo diagnóstico de OMA)</li><li>▪ Coloración amarillenta</li></ul>

- La ausencia de otalgia prácticamente descarta una OMA (salvo que exista otorrea).
- Un tímpano rojo y eritematoso como hallazgo aislado no es diagnóstico de OMA, puede deberse al llanto del niño o a una inflamación de la MT (miringitis catarral), que ocurre en las infecciones víricas de vías respiratorias altas. En este caso, una movilidad normal del tímpano, demostrada por la otoscopia neumática, excluye el diagnóstico de OMA.
- En OMD u OMCD el derrame no es infeccioso (no precisan antibióticos). En ambas **falta la otalgia franca**. Puede manifestarse como hipoacusia o sensación de matidez (si el niño es mayor y lo puede expresar). Tampoco hay abombamiento del tímpano que, por el contrario, puede aparecer retráido con las estructuras óseas muy marcadas, y niveles hidroaéreos.
- La otoscopia neumática **y** timpanómetros/impedanciómetros portátiles permiten valorar la movilidad de la MT (comprometida en el caso de la OMA por la existencia de secreción en oído medio). No diferencian OMA de OMD u OMCD.



## TRATAMIENTO DE LA OMA

Tratamiento OMA
<b>CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO INMEDIATO EN LA OMA (FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES)</b>
Edad < 6 meses
OMA grave
<ul style="list-style-type: none"><li>• Afectación del estado general</li><li>• Fiebre <math>\geq 39^{\circ}\text{C}</math></li><li>• Otalgia intensa o moderada</li><li>• Otalgia que dura más de 48 horas</li></ul>
Edad 6-24 meses con OMA bilateral
Presencia de otorrea a cualquier edad
Otros factores de riesgo: OMA recurrente <sup>6</sup> , inmunodepresión, anomalías craneofaciales, hipoacusia, implantes cocleares y enfermedades sistémicas que afectan al oído medio.
Inseguridad en llevar a cabo el seguimiento
<b>AUSENCIA DE FACTORES DE RIESGO (resto de casos)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• AINES</li><li>• Prescripción diferida de antibióticos<sup>5</sup></li></ul>

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO	
<b>Resistencias de patógenos más frecuentemente implicados</b>	
• <i>Haemophilus influenzae</i> no tipables	<ul style="list-style-type: none"><li>• Produce betalactamasas entre 5% y el 25%</li><li>• Sensibilidad <i>in vivo</i> frente a macrólidos disminuida</li></ul>
• Neumococo <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resistencias a penicilina hasta 30%</li><li>• Resistencias a macrólidos hasta 46%</li></ul>
• Estreptococo grupo A	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilidad a penicilinas 100%</li></ul>
• <i>Moraxella catarrhalis</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Produce betalactamasas en 100%</li></ul>
<b>Tratamiento de elección</b>	<b>Alergia a penicilina</b>
	<b>Historia de alergia inmediata</b>   <b>Historia de alergia retardada</b>



<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Amoxicilina<sup>9</sup>: 80-90 mg/kg/día en 2-3 dosis diarias, VO (máximo 3 g/día)</li><li>▪ Si OMA recurrente<sup>8</sup>, tratamiento con amoxicilina en el mes previo, presencia de conjuntivitis purulenta, o fracaso del tratamiento tras 48-72 horas con amoxicilina).<ul style="list-style-type: none"><li>• Amoxicilina/clavulánico: 80-90 mg/kg/día (de amoxicilina), en 2-3 dosis diarias, VO</li></ul></li><li>▪ Si fracaso del tratamiento con amoxicilina clavulánico o cuando el niño tenga vómitos<ul style="list-style-type: none"><li>• Ceftriaxona: 50 mg/kg/día, una dosis diaria, durante 3 días, IM/IV.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Azitromicina: 10 mg/kg/día durante 3 días, en dosis única diaria</li><li>▪ Claritromicina: 15 mg/kg/día en dos dosis</li><li>▪ Levofloxacino (off label) 10 mg/kg cada 12 horas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cefuroxima axetilo, 30 mg/kg/día en 2 dosis</li><li>▪ Ceftriaxona: 50 mg/kg/día, una dosis diaria, durante 3 días, IM/IV</li></ul>
--	---	--

#### Duración del tratamiento

- 7-10 días en niños < 2 años o niños de cualquier edad con perforación del tímpano o antecedentes de OMA recurrente.
- 5-7 días para niños ≥ 2 años, sin perforación timpánica ni antecedentes de OMA recurrente.

#### Tratamiento sintomático

- Ibuprofeno (5-7 mg/kg/dosis cada 6-8 horas)
- Paracetamol (10-15 mg/kg/dosis cada 4-6-8 horas)

#### CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIOS

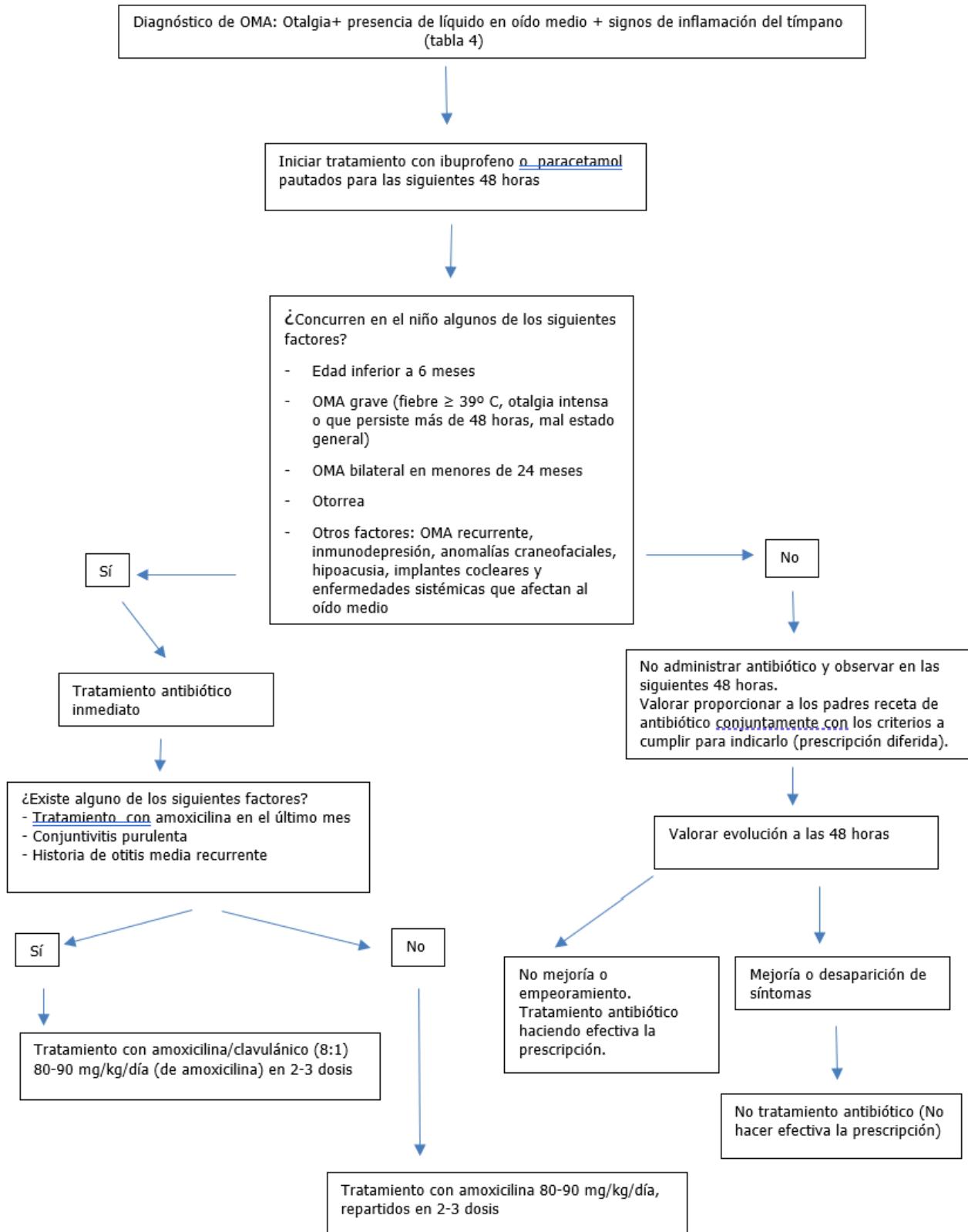
- Menores de 2 meses.
- Inmunocomprometidos.
- Sospecha de complicaciones no intracraneales por continuidad: mastoiditis, petrositis, laberintitis.
- Sospecha de complicaciones intracraneales, meningitis, absceso, trombosis de seno lateral, cavernoso.

#### PREVENCIÓN

- La vacunación frente a neumococo con las vacunas conjugadas decavalente (VNC10) y tridecavalente (VNC13) ha conducido a una disminución superior a la esperada de la otitis de todas etiologías, tanto agudas como crónicas<sup>10</sup>.
- La vacuna antigripal anual produce una reducción del 16% de la OMA.
- Las vacunas frente a *Haemophilus influenzae* no tienen repercusión en la etiología de OMA pues el patógeno implicado es *Haemophilus influenzae* no tipable.



## ALGORITMO OMA





## BIBLIOGRAFÍA

Acute Otitis Media. Clinical Review. Elsevier point of care. Actualizado 13 de mayo de 2023. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical\\_overview/67-s2.0-45be9d84-7a11-4658-931b-3f8ca04dec19](https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-45be9d84-7a11-4658-931b-3f8ca04dec19)

Alfayate Miguélez S, Yague Guirao G, Menasalvas Ruíz AI, Sanchez-Solís M, Domenech Lucas M, González Camacho F, et al. Impact of Pneumococcal Vaccination in the Nasopharyngeal Carriage of *Streptococcus pneumoniae* in Healthy Children of the Murcia Region in Spain. *Vaccines* 2020; 9 (1): 14.

Alfayate-Miguélez S, Ruiz Gómez J, Sanchez-Solis de Querol M, Guerrero Gómez C, Pérez Simón M, Ortiz Romero MM, et al. Grupo de estudio de Enfermedades infecciosas de la Comunidad Autónoma de Murcia. Sensibilidad de *Streptococcus pneumoniae* en niños portadores sanos en Murcia (España) An Pediatr (Barc). 2015 Sep;83(3):183-90.

Ben-Shimol S, Givon-Lavi N, Leibovitz E, Raiz S, Greenberg D, Dagan R. Impact of Widespread Introduction of Pneumococcal Conjugate Vaccines on Pneumococcal and Nonpneumococcal Otitis Media. *Clin Infect Dis*. 2016;63(5):611-8.

Cilveti R, Olmo M, Pérez-Jove J, Picazo JJ, Arimany JL, Mora E, et al; HERMES Study Group. Epidemiology of Otitis Media with Spontaneous Perforation of the Tympanic Membrane in Young Children and Association with Bacterial Nasopharyngeal Carriage, Recurrences and Pneumococcal Vaccination in Catalonia, Spain - The Prospective HERMES Study. *PLoS One*. 2017;12:e0170316.

Canadian Pediatric Society. Management of acute otitis media in children six months of age and older. (Acceso mayo 2023). Disponible en: <https://cps.ca/documents/position/acute-otitis-media>

Dagan R. Achieving bacterial eradication using pharmacokinetic pharmacodynamic principles. *Int J Infect Dis*. 2003;7: S21-S26

Gaddey HL, Wright MT, Nelson TN. Otitis media: Rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):350-6.

Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, Maruyama Y, Sawada S, Taiji H, Takahashi G, Takahashi H, Uno Y, Yano H. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. *Auris Nasus Larynx*. 2020;47:493-526. Disponible en: <https://www.aurisnasuslarynx.com/action/showPdf?pii=S0385-8146%2820%2930138-3>

Hoberman A et al: Shortened antimicrobial treatment for acute otitis media in young children. *N Engl J Med*.2016;375(25):2446-56. [Doi: 10.1056/NEJMoa1606043](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1606043)

Isla A, Trocóniz IF, Canut A, Labora A, Martín-Herrero JE, Pedraz JL, et al.



Pharmacokinetic/pharmacodynamic evaluation of amoxicillin, amoxicillin/clavulanate and ceftriaxone in the treatment of paediatric acute otitis media in Spain. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011;29:167-73.

Kim MS, Kim JH, Ryu S, Lee SW, Yon DK, Kim E, et al. Comparative efficacy and optimal duration of first-line antibiotic regimens for acute otitis media in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis of 89 randomized clinical trials. World J Pediatr. 2023 Apr 5. Doi: 10.1007/s12519-023-00716-8.

Ku B, Lawton G, Mittal S, Marlowe L, Huang E, Rodriguez L, et al. Clinical Pathway for Evaluation/Treatment of Suspected Acute Otitis Media in Children 2 Months to 12 Years. The Children's Hospital of Philadelphia. Revised March 2023. Disponible en:  
<https://www.chop.edu/clinical-pathway/otitis-media-acute-clinical-pathway>

Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics [Internet]. 2013;131(3):e964-99. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-3488>

López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, de la Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, Khodayar-Pardo P, Lupiani Castellanos P, Baquero-Artigao F, et al. Actualización del documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda y sinusitis. An Pediatr [Internet]. 2023;98:362-72.

Mas-Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Argüelles Prendes E, Espinazo Ramos O, Valls Duran T, et al; DAP PEDIATRICS GROUP. Delayed Antibiotic Prescription for Children With Respiratory Infections: A Randomized Trial. Pediatrics. 2021;147:e20201323.

National Institute for Health and Care Excellence: Otitis Media (Acute): Antimicrobial Prescribing. NICE guideline NG91. NICE website; 2022. Disponible en:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>

Norhayati MN, Atzman MY. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. Cochrane Database SystRev. 10:CD010089, 2017. Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010089.pub3/epdf/standard>

Ovnat Tamir S, Shemesh S, Oron Y, Marom T. Acute otitis media guidelines in selected developed and developing countries: uniformity and diversity. Arch Dis Child. 2017;102:450-7.

Pelton SI, MD, Tähtinen P. [Acute otitis media in children](#): Treatment. UpToDate; 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-treatment?search=Acute%20otitis%20media%20in%20children&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-treatment?search=Acute%20otitis%20media%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Pérez-Trallero E, Martín-Herrero JE, Mazón A, García-Delafuente C, Robles P, Iriarte V, et al. Antimicrobial resistance among respiratory pathogens in Spain: latest data and changes over 11 years (1996-1997 to 2006-2007). Antimicrob Agents Chemother. 2010 Jul;54(7):2953-9. Doi: 10.1128/AAC.01548-09.

Plan estratégico 2022-2024 del Plan Nacional Frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Septiembre 2022. [en línea] [consultado el 01/05/2023]. Disponible en:



<https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2022-09/Plan%20Nacional%20Resistencia%20Antibi%C3%B3ticos%20%28PRAN%29%202022-2024.pdf>

Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN). 2017 [en línea] [consultado el 01/08/2022]. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/informe-anual-2016-2017-plan-nacional-frente-resistencia-antibioticos>

Pumarola F, Salamanca de la Cueva I, Sistiaga-Hernando A, García-Corbeira P, Moraga-Llop FA, Cardelús S, et al. Bacterial etiology of acute otitis media in Spain in the post-pneumococcal conjugate vaccine era. *Am Pediatr* 2016;85(5):224–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.10.016>

Sjoukes A, Venekamp RP, van de Pol AC, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ. Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined for pain relief in acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011534.pub2>

Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004417.pub5>

Suzuki HG, Dewez JE, Nijman RG, Yeung S. Clinical practice guidelines for acute otitis media in children: a systematic review and appraisal of European national guidelines. *BMJ Open*. 2020;10:e035343. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035343>

Thanaviratananich S, Laopaiboon M, Vatanasapt P. Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD004975. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004975.pub3>

Venekamp R, Sanders S, Glasziou P, Del Mar C, Rovers M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane [Internet]*; 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000219.pub4>

Wald ER, DeMuri GP. Antibiotic Recommendations for Acute Otitis Media and Acute Bacterial Sinusitis: Conundrum No More. *Pediatr Infect Dis J*. 2018 Dec;37(12):1255-1257.

**Abreviaturas:** **AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos, **C:** centígrado, **CAE:** conducto auditivo externo, **g:** gramo, **mg:** miligramo, **MT:** membrana timpánica, **OMA:** otitis media aguda, **OMD:** otitis media con derrame, **OMCD:** otitis crónica con derrame, **VRS:** virus respiratorio sincitial.

## Notas aclaratorias

<sup>1</sup> OMA (otitis media aguda): aparición brusca de signos de inflamación del oído medio (otalgia, otorrea, irritabilidad) con o sin síntomas generales ( fiebre, anorexia, vómitos). OMD (otitis media con derrame): colección líquida en oído sin dolor, a veces con hipoacusia, y con integridad timpánica.

<sup>2</sup> La otitis media con derrame puede ser consecuencia de la evolución de una OMA o de una disfunción de la trompa de Eustaquio. Se caracteriza por un derrame no infectado del oído medio. En más del 80-90% de los niños



que sufren una OMA existe, tras su curación, un derrame estéril en el oído medio (Otitis media con derrame u OMD, y también referida a veces como otitis serosa o seromucosa). Este derrame se reduce progresivamente, de forma que a los 3 meses ha desaparecido en prácticamente el 100% de los niños. La persistencia más allá de este tiempo, define a la llamada otitis media crónica con derrame (OMCD). Dado que el líquido en el oído medio es estéril, la OMD y la OMCD no se benefician del tratamiento antibiótico. Característicamente, en la otitis con derrame faltan los signos de inflamación aguda del tímpano y el dolor. Sin embargo, no es infrecuente la hipoacusia y sensación de amortiguación de los sonidos.

<sup>3</sup> En una revisión sistemática el paracetamol o el ibuprofeno disminuyeron el dolor en un 60% y 70%, respectivamente, a las 48 horas, con respecto a los niños a los que se les administró placebo. El número de pacientes a tratar (NNT) para que uno no padezca dolor a las 48 horas es 7 (4-27).

<sup>4</sup> El tratamiento antibiótico no influye en el dolor en las primeras 24 horas, aunque sí lo reduce moderadamente al segundo o tercer día. Para menores de 2 años, NNT = 7; para aquellos  $\geq 2$  años NNT = 10. Para la OMA unilateral NNT = 17; para la OMA bilateral, NNT = 5. Para la OMA unilateral entre los menores de 2 años, NNT = 20 y entre los  $\geq 2$  años, NNT = 15. Para la OMA bilateral en niños menores de 2 años, NNT = 4; para la OMA bilateral en niños  $\geq 2$  años, NNT = 9. Para la otorrea NNT = 3.

Disminuye un 60% el riesgo de perforación timpánica y un 50% el de OMA contralateral. Sin embargo, no reduce el número de niños con timpanometría anormal a los 3 meses ni la recurrencia de OMA. Las complicaciones graves son extremadamente raras y muy similares en los niños sin factores de riesgo tratados y no tratados. Se ha estimado que hay que tratar 4.831 niños para evitar un caso de mastoiditis.

<sup>5</sup> En algunos niños mayores de 6 meses que no tengan factores de riesgo u OMA grave, el tratamiento antibiótico puede retrasarse o incluso no administrarse, sin que se produzca un aumento de las complicaciones ni prolongación significativa de los síntomas. La **prescripción diferida o retardada** consiste en proporcionar a los padres la receta del antibiótico prescrito, sin hacerla efectiva. Es una decisión consensuada, y debe asegurarse una forma de contacto para seguir la evolución del niño. Si a las 48-72 horas la OMA no ha mejorado o ha empeorado la receta se hace efectiva y se comienza el tratamiento antibiótico. La contraindica el que no se disponga de una forma segura de contacto o que no se pueda garantizar que los padres colaborarán en el seguimiento. La frecuencia de timpanometrías anormales a las 4 semanas, perforación timpánica y otitis media recurrente es similar en los niños con tratamiento antibiótico inmediato que con prescripción diferida.

<sup>6</sup> OMA recurrente: 3 episodios o más de OMA en los últimos 6 meses o 4 o más en los últimos 12 meses.

<sup>7</sup> La otoscopia neumática disponiendo del aparataje necesario (se adapta a la gran mayoría de otoscopios), permite de forma sencilla valorar la movilidad de la MT, comprometida en el caso de la OMA por la existencia de secreción en oído medio. Serviría para los casos con imágenes timpánicas dudosas, pues en los casos de abombamientos timpánicos importantes podría estar contraindicada por el potencial dolor. Existen también timpanómetros/impedanciómetros portátiles que miden la resistencia que opone la MT y la cadena de huesecillos al paso de un estímulo sonoro, y la representan en forma de gráfica. Si tiene forma de campana indica movimiento normal del tímpano, y si se muestra aplanada indica alteración en la movilidad.

<sup>8</sup> La gran mayoría de los neumococos son sensibles a exposición incrementada (antigua sensibilidad Intermedia) lo que justifica utilizar dosis altas de amoxicilina

<sup>9</sup>Dado que las OMA por neumococo son más graves y presentan menor probabilidad de curación espontánea que las OMA por *H. influenzae*, el tratamiento debe ir dirigido fundamentalmente frente al primero. De acuerdo a las últimas actualizaciones de las Guías de práctica clínica, el tratamiento de primera elección es la amoxicilina, incluyendo a los niños menores de 6 meses que no han recibido tratamiento con amoxicilina los 30 días previos y en los que es **imprescindible realizar un control a las 24-48 horas** del inicio del tratamiento antibiótico. La situación epidemiológica actual, la historia natural de la OMA (la mayoría se curará espontáneamente), el escaso porcentaje de complicaciones y el problema actual de resistencias bacterianas justifican el tratamiento de primera elección con amoxicilina.

<sup>10</sup> Ello se debe probablemente a que al evitar la primera OMA neumocócica, se impide la alteración funcional de la trompa de Eustaquio y del oído medio que da lugar a posteriores episodios de otitis.



Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[①] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: [laguiaabe@gmail.com](mailto:laguiaabe@gmail.com)

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5