

# *Tratamiento de la Otitis Media Aguda*

---

*Anne Pitkäranta*

El tratamiento de la otitis media aguda (OMA) es un reto. La primera recomendación es tratar el dolor del niño y ésta es también la primera recomendación de de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina Familiar (AAMF). Los analgésicos y antitérmicos son medicamentos básicos y de fácil acceso en la mayoría de los países. Los medicamentos de uso tópico pueden dar beneficios adicionales a los niños mayores de cinco años. Cuando hay dolor muy severo puede ser necesaria la miringotomía para aliviar el dolor.

Un tópico real a discutir es si es necesario indicar un antibiótico al momento del diagnóstico en los niños con OMA no complicada. La frecuencia de uso de antibióticos varió entre los países, de 31% en Holanda a casi el 100% en los Estados Unidos. Los datos sobre la utilidad de los antibióticos se basa en un grupo relativamente pequeño de niños. Hay solo 8 estudios randomizados con controles y uso de placebo. En estos estudios el mayor interés fue la reducción del dolor. Infelizmente las complicaciones fueron muy raras para poder hacer un análisis. Un problema en estos estudios es que los niños que tuvieron un dolor de oído severo fueron excluidos del estudio. Al mirar retrospectivamente estos pueden haber sido los niños que tenían OMA mientras que los otros podían solo haber sufrido de los síntomas relacionados con el resfriado. Basados en una revisión de Cochrane, se encontró que durante las primeras 24 horas, el antibiótico no ayudaba a disminuir el dolor más que el placebo. Después de esto había una reducción relativa en el dolor entre los días 2 y 7. Si se considera que el 80% de los niños con dolor van a curarse espontáneamente, habría que tratar a 15 niños con antibióticos para prevenir que un niño tenga dolor después de 2 días. Sin embargo, las conclusiones finales del estudio fueron que los antibióticos proveen un pequeño beneficio en los niños con OMA. Este beneficio debe sopesarse contra las posibles reacciones adversas. Los niños tienen diarrea y por supuesto los antibióticos son caros. Un punto importante es que una vez que al niño se le hace un diagnóstico de OMA cuando el niño tiene un resfriado común, entonces la próxima vez el diagnóstico será también de OMA durante un episodio de resfriado común. En un estudio de Cochrane se sugirió que los antibióticos podían jugar un rol importante en reducir el riesgo de mastoiditis en las poblaciones donde es más común. El abordaje de observar de cerca sin embargo, no está indicado en los niños que están inmunocomprometidos o en los niños con implante coclear o cualquier anomalía.

Cuando se decide tratar con antibióticos o no, la edad es un factor importante. El abordaje de observar de cerca no se indica para los niños menores de 6 meses de edad. De los 6 meses a los 2 años, los niños con OMA deben tratarse si el diagnóstico es seguro pero en los casos en que hay duda - si los padres están dispuestos y puede organizarse el control posterior - el observar de cerca puede ser una opción. En los niños mayores de 2 años cuando el diagnóstico es más claro, una OMA severa debe tratarse con antibióticos. La observación es una opción si la OMA no es severa. En la prescripción protraída, se le da a los padres la receta de antibióticos y ellos pueden iniciar el uso del medicamento si los síntomas del niño son severos.

Si se usan antibióticos, cuáles antibióticos? Esto depende de los hallazgos bacteriológicos. El *Streptococcus pneumoniae* es el más importante y el segundo es el *Haemophilus influenzae*. La vacuna para el *Streptococcus pneumoniae* que se utiliza ampliamente puede cambiar este patrón. La sensibilidad bacteriana también es dependiente de la geografía así como la positividad para la betalactamasa. La Amoxicilina es el antibiótico de primera línea. Si hay factores de riesgo, se debe usar la amoxicilina en dosis altas (90mg/kg/día) pero en los otros casos la amoxicilina 40mg/kg/día debe ser suficiente. Las cefalosporinas pueden utilizarse con seguridad en los niños con alergia a la penicilina porque la posibilidad de reacciones cruzadas es baja.

En resumen la política de esperar y observar es buena pero debe organizarse un control. El tratamiento sintomático es importante y algunas veces las recetas para uso si fuese necesario pueden ser de ayuda. Sin embargo, hay situaciones donde la OMA es severa y se necesita utilizar los antibióticos.

### Lecturas recomendadas

1. Garbutt J, Gene J, May A, Storch GA, Shakelford PG. Developing community-specific recommendations for first-line treatment of acute otitis media: Is high-dose amoxicillin necessary? *Pediatrics* 2004;114:342-347.
2. Glasziou PP, Sanders CB, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *The Cochrane Database of systematic reviews* 2005.
3. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomized controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336-342.
4. Pichichero ME. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics* 2005;115:1048-1057.
5. Subcommittee on management of acute otitis media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-1465.