



Otitis media aguda en infantes

Acute otitis media in infants



¹ **Dra. Daniela Salazar Porras**

Hospital Nacional de Salud Mental, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0009-0009-6937-5883>

² **Dra. Lilliana Marcela Aguilar Hernández**

Sistamédica Empresarial, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0009-0007-2445-4858>

³ **Dr. Fernando José González Alfaro**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0009-0000-9968-5115>

Recibido
15/04/2023

Corregido
16/05/2023

Aceptado
20/05/2023

RESUMEN

La otitis media aguda (OMA) se define como una infección del espacio del oído medio, caracterizada por la presencia de fluido en esta zona, y es causada mayoritariamente por patógenos como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipificable (NTHi) y *Moraxella catarrhalis*. Esta patología se da con más frecuencia en hombres que en mujeres, y principalmente en infantes, quienes poseen una mayor incidencia entre los 3 y 18 meses de vida. Los principales factores de riesgo asociados a la OMA son inmunodeficiencia, alergias, infección previa del tracto respiratorio superior y antecedentes familiares de OMA infantil recurrente. Los signos más comunes de la OMA son el dolor de oído (otalgia) y la fiebre. Existen múltiples métodos para diagnosticar la OMA, siendo los principales la otoscopia, la timpanometría y reflectometría acústica; el diagnóstico debe tomar en consideración los síntomas y la historia clínica del paciente. El abordaje de la otitis media aguda se lleva a cabo a través de tratamiento farmacológico y quirúrgico. La amoxicilina es considerada el antibiótico de primera línea para el abordaje de la OMA. En casos de complicaciones graves, se pueden requerir procedimientos quirúrgicos con urgencia, tales como los tubos de timpanostomía y la miringotomía. La causa principal de la resistencia a los antibióticos se debe al mal uso y uso excesivo del tratamiento antimicrobiano, por lo que deben medicarse según los requerimientos de cada paciente. Si la otitis media no recibe el tratamiento adecuado, el líquido infectado en el oído medio puede propagarse a áreas cercanas y provocar complicaciones graves. Si bien estas son poco comunes, pueden tener consecuencias mortales significativas.

PALABRAS CLAVE: otitis media aguda; *Streptococcus pneumoniae*; antibióticos; vacuna antineumocócica.



ABSTRACT

Acute otitis media (AOM) is defined as an infection of the middle ear space, characterized by the presence of fluid in this area and is mostly caused by pathogens such as *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* nontypificable (NTHi) and *Moraxella catarrhalis*. This pathology occurs more frequently in men than in women and mainly in infants, who have a higher incidence between 3 and 18 months of life. The main risk factors associated with AOM are immunodeficiency, allergies, previous upper respiratory tract infection, and a family history of recurrent childhood AOM. The most common signs of AOM are ear pain (otalgia) and fever. There are multiple methods to diagnose AOM, the main ones being otoscopy, tympanometry and acoustic reflectometry; The diagnosis should take into consideration the patient's symptoms and medical history. The approach to acute otitis media is carried out through pharmacological and surgical treatment. Amoxicillin is considered the first-line antibiotic for the management of AOM. In cases of serious complications, surgical procedures may be urgently required, such as tympanostomy tubes and myringotomy. The main cause of antibiotic resistance is due to the misuse and overuse of antimicrobial treatment, so they should be medicated according to the requirements of each patient. If otitis media is not properly treated, the infected fluid in the middle ear can spread to nearby areas and lead to serious complications. While these are rare, they can have significant deadly consequences.

KEYWORDS: acute otitis media; *Streptococcus pneumoniae*; antibiotics; pneumococcal vaccine.

¹ Médica general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (ULatina). Código médico: [MED17044](#). Correo: daniela9009@gmail.com

² Médica general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (ULatina). Código médico: [MED16893](#). Correo: lilymar.ah@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (ULatina). Código médico: [MED18263](#). Correo: fer922006@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La otitis media se clasifica en otitis media aguda (OMA), otitis media supurativa crónica (OMSC) y otitis media con derrame (OMD). La OMA es una infección del espacio del oído medio, caracterizada por la presencia de fluido en esta zona, la cual puede ser viral, bacteriana o coinfección. Los organismos bacterianos más comunes que causan otitis media (OM) son *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenzae* no tipificable (NTHi) y *Moraxella catarrhalis*. Los patógenos virales más comunes de la OM incluyen el virus sincitial respiratorio (VSR), coronavirus, virus de la gripe, adenovirus, metapneumovirus humano y picornavirus (1-3).

La OMA es la enfermedad infecciosa más común en niños y niñas menores de dos años y la causa más común de administración antibióticos. Se observa con frecuencia en infantes entre los 5 y 24 meses de edad (1,2,4).

La conexión entre el oído medio y la nasofaringe está controlada por la trompa de Eustaquio (TE), la cual regula el drenaje y la presión de los fluidos en el oído medio. La anatomía y la fisiología de la TE difieren en infantes y adultos. Los bebés tienen una trompa de Eustaquio más corta, ancha, horizontal y flexible que los adultos, por lo que cualquier problema en esta zona puede resultar en una OMA. La inflamación de la TE debido a virus, bacterias o alergias puede obstruir el drenaje de los fluidos del

oído medio, lo que puede llevar a una infección con pus (1,4).

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer OMA recurrente, incluyendo género masculino, susceptibilidad genética, asistencia a guarderías y el uso de chupetes, entre otros. La incidencia de OMA es más alta entre los 3 y 18 meses de edad (1).

Los signos más comunes de la OMA son el dolor de oído (otalgia) y la fiebre. La OMA también produce irritabilidad, insomnio, disminución del apetito, desequilibrio y mareo en la población pediátrica (1).

Se debe comenzar el diagnóstico con un examen físico y el uso de un otoscopio. No obstante, también existen otros métodos para identificar la presencia de OMA en el paciente. El tratamiento principal de la OMA se lleva a cabo a través del uso de antibióticos, siendo el más utilizado la amoxicilina. Sin embargo, se debe realizar un abordaje integral y especializado en cada paciente con el fin de evitar el uso innecesario de antibióticos. La colocación de tubos de timpanostomía (TT) y la miringotomía son las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente implementadas (1,2,4).

Las vacunas neumocócicas pueden ser utilizadas y han demostrado ser efectivas para reducir la incidencia de OMA causada por ciertos serotipos abarcados por esta vacuna. Sin embargo, se ha observado un aumento en la incidencia de AOM causada por serotipos de *S. pneumoniae* que no están cubiertos por la vacuna neumocócica. Sin embargo, los efectos de estas vacunas en el OMA de causa no neumocócica son mucho más inciertos y se basan en evidencia de baja a moderada certeza (1,5). A pesar de la efectividad del tratamiento de esta enfermedad, puede haber diversas complicaciones intratemporales e

intracraneales. Mientras que la mayoría de los niños se recuperan de la OMA, en algunos puede conducir a complicaciones graves y afectación de la audición, la educación y la calidad de vida (2,3).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir la epidemiología, la etiología, los síntomas, los factores de riesgo, los métodos diagnósticos, el tratamiento, las complicaciones y el pronóstico asociados a la OMA en infantes, con el fin de proporcionar información actualizada y relevante al personal médico para el correcto abordaje de esta patología.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica tomando como referencia diversos libros y artículos provenientes de las bases de datos Elsevier y PubMed. Para la búsqueda se emplearon criterios de inclusión como el idioma, tomando artículos en inglés y español, y fecha de publicación, usando exclusivamente como referencia aquellos documentos publicados entre los años 2018 y 2023. Se utilizaron palabras claves al realizar la búsqueda, tales como "otitis media aguda", "antibióticos" y "*Streptococcus pneumoniae*". Se seleccionaron en total 16 fuentes de información, entre ellas libros, revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos de revisión, y se obtuvo de ellas los datos más importantes para escribir el artículo actual.

EPIDEMIOLOGÍA

La OM es una afección común que afecta a nivel mundial, dándose con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. En regiones templadas, la incidencia es mayor durante los meses de invierno y menor durante los meses de verano, lo que se relaciona con la repercusión de infecciones

respiratorias superiores (IRS). Debido a la falta de informes y a la variabilidad de la incidencia en diferentes regiones geográficas, es difícil determinar el número exacto de casos por año (2,6).

Los infantes poseen una mayor incidencia entre los 3 y 18 meses de vida. A la edad de 3 años, del 50% al 85% de los niños experimentan al menos un episodio de OMA; el riesgo disminuye con la edad después de los 24 meses. Se estima que el 80% de los niños experimentarán al menos un caso de otitis media en algún momento de su vida, y entre el 80% y el 90% experimentará OMD antes de comenzar la escuela (1,2,7,8).

A pesar de la disminución del número de casos de otitis debido a la vacunación antineumocócica en lactantes, a la edad de 1 año, aproximadamente el 23% de los niños experimentan ≥ 1 episodio de OM, a los 3 años de vida el 60% experimenta ≥ 1 episodio de OM, y el 24% ≥ 3 episodios (9).

ETIOLOGÍA

La OM es una enfermedad multifactorial. Los factores infecciosos, alérgicos y ambientales contribuyen a la OM (2).

La OMA tiene varias causas, que incluyen la biología del oído medio, las diferencias en las estructuras anatómicas entre individuos, la biología celular de la nasofaringe y las variaciones en la respuesta inmune a las invasiones microbianas. Se ha encontrado que patógenos virales, patógenos bacterianos y la genética están relacionados con OMA; no obstante, se cree que los patógenos bacterianos son los principales agentes causantes de OMA, siendo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* responsables de más del 95% de los casos de OMA (1,2).

FACTORES DE RIESGO

La OMA se encuentra vinculada con factores no modificables como: sexo masculino, hipertrofia de adenoides, inmunodeficiencia, alergias, infección previa del tracto respiratorio superior, flujo gastroesofágico, antecedentes familiares de OMA infantil recurrente y otras predisposiciones genéticas, anomalías en la expresión génica de mucinas, problemas anatómicos en el paladar y en el tensor veli palatini, disfunción ciliar, implantes cocleares deficiencia de vitamina A y presencia de patógenos bacterianos y virales (1,7).

Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran: asistir a guarderías, exposición al humo ambiental, uso de chupetes, falta de lactancia materna y nivel socioeconómico bajo (1,7). Se han identificado estos factores a través de múltiples estudios, observando su incidencia directa en la OMA (1,7).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El dolor es el síntoma principal de la OMA, que puede ser muy fuerte y estar acompañado por una pequeña cantidad de secreción blanquecina, edema y enrojecimiento en el conducto auditivo.

En los niños, la OMA a menudo causa irritabilidad, problemas para dormir y pérdida de apetito. Las infecciones del tracto respiratorio superior son las principales causas de la OMA, lo que puede provocar rinorrea en los pacientes. El líquido acumulado en el canal del oído medio puede reducir la capacidad auditiva, y la retención excesiva de líquido puede generar problemas de equilibrio o mareo (9).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico preciso de la OMA puede ser un desafío y requiere una combinación de hallazgos objetivos en el examen físico (otoscopia) junto con la historia del paciente, los síntomas, signos de inflamación del oído medio y derrame. Entre los síntomas de la OMA destacan la otalgia, el frotamiento de orejas, la fiebre, la irritabilidad, el sueño inquieto, la disminución del apetito, y el llanto excesivo. No obstante, ninguno es sensible o específico, por lo que no permiten distinguir OMA de una infección del tracto respiratorio. De igual manera, factores como la falta de cooperación del niño pequeño y la dificultad de visualización debido al cerumen o piel seca como barreras pueden estar asociados con sobrediagnóstico de OMA (2,3).

Existen múltiples métodos para diagnosticar la OMA, siendo los principales la otoscopia, la timpanometría y reflectometría acústica. La otoscopia neumática es la más confiable y tiene una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con la otoscopia simple, aunque la timpanometría y otras modalidades pueden facilitar el diagnóstico si la otoscopia neumática no se encuentra disponible (2).

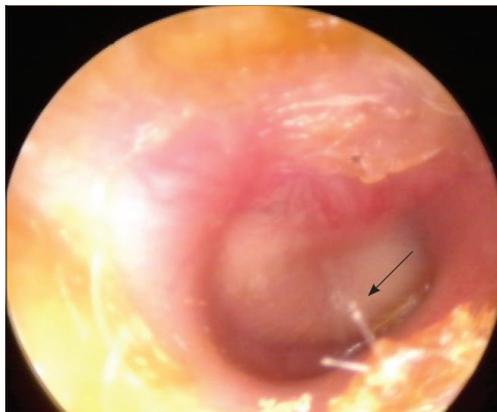
La presencia de un tímpano rojo y signos inflamatorios junto con líquido en el oído medio sugieren una infección de oído medio. La otoscopia neumática es necesaria para evaluar la movilidad de la membrana timpánica (MT), y si se observa una gran cantidad de líquido con un timpanograma plano, es probable que haya una perforación en la MT. La presencia de líquido en el oído medio no significa necesariamente que haya una infección activa, por lo que la OMA solo se puede confirmar mediante la identificación de signos inflamatorios y la presencia de líquido (1,4).

Es importante examinar la membrana MT en busca de características como el color, la posición, la movilidad y la translucidez, para determinar si hay OMA. Sin embargo, el diagnóstico basado únicamente en el enrojecimiento de la MT debe ser evitado (3).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Los estudios de laboratorio no suelen ser requeridos en la evaluación de la OM. Sin embargo, en bebés menores de 12 semanas con fiebre y OMA se puede necesitar una evaluación completa de sepsis para

Figura 1. Vista otoscópica de una otitis media aguda



Comentario. Flecha se evidencia abultamiento de la membrana timpánica.

Fuente. Gaddey HL, et al. Otitis media. Rapid evidence review. 2019.

descartar otras posibles causas. Además, los estudios de laboratorio pueden ser necesarios en casos específicos para confirmar o descartar enfermedades sistémicas o congénitas relacionadas con la OM (2).

ESTUDIOS DE IMAGEN

Los estudios por imágenes no son necesarios en la mayoría de los casos de OM, a menos de que exista una preocupación por complicaciones intratemporales o intracraneales. En casos en los que se sospecha una complicación, se puede realizar una tomografía computarizada de los huesos temporales para identificar diversas complicaciones como mastoiditis, tromboflebitis del seno sigmoide, meningitis, absceso cerebral, absceso subdural y colesteatoma. También se puede utilizar la resonancia magnética para detectar la acumulación de líquido en el oído medio o en las colecciones adyacentes (2).

TIMPANOCENTESIS

Se puede emplear la timpanocentesis para verificar la existencia de líquido en el oído medio y, posteriormente, para realizar un cultivo y descubrir los patógenos causantes. Aunque la timpanocentesis puede mejorar la exactitud del diagnóstico y ayudar en la elección del tratamiento, solo se utiliza en casos excepcionales o en situaciones en las que otras opciones de tratamiento no han funcionado (2).

OTRAS PRUEBAS

La timpanometría y la reflectometría acústica son otros métodos que también pueden ser utilizados para evaluar el derrame del oído medio (MEE) (2).

La timpanometría permite una evaluación confiable de la presencia de MEE, incluso en situaciones donde la examinación otoscópica es difícil debido a la presencia de una MT espesa o no transparente, y ayuda a evitar tratamientos innecesarios basados en diagnósticos inciertos (10).

Es importante tener en cuenta que la realización de una timpanometría puede presentar algunos riesgos y efectos adversos en los niños. Aunque la timpanometría es necesaria para confirmar MEE, esta no es suficiente para diagnosticar una OMA. Además, la realización de una timpanometría es más costosa que la utilización de un otoscopio neumático para confirmar la presencia de fluido en el oído medio (10).

Recientemente se han presentado varias innovaciones tecnológicas que ofrecen nuevos métodos para el diagnóstico de OMA. Por ejemplo, se ha desarrollado un accesorio otoscópico para teléfonos inteligentes que permite una visualización ampliada de la MT y que ha demostrado ser tan preciso como la otoscopia tradicional en una sala de emergencias. También se están llevando a cabo estudios para utilizar algoritmos informáticos en la interpretación de imágenes otoscópicas de alta resolución, lo que podría mejorar la precisión del diagnóstico. Sin embargo, aún es incierto si estas tecnologías serán suficientemente precisas y confiables para ser ampliamente adoptadas en el futuro (11).

TRATAMIENTO

El abordaje de la OMA se lleva a cabo a través de tratamiento farmacológico y quirúrgico. Se recomienda tratar el dolor en niños con OMA, según sea necesario. El tratamiento con ibuprofeno oral o acetaminofén proporciona un alivio a corto

plazo (menos de 48 horas) del dolor de oído debido a OMA (8).

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es lograr que la concentración de antibióticos en el sitio de la infección sea suficientemente alta para matar el patógeno causante de la infección. Existe una relación directa entre la eliminación del patógeno y la mejoría clínica del paciente (12).

Los beneficios del tratamiento con antibióticos para la OMA consisten en el manejo del dolor y la reducción del riesgo de complicaciones graves y agudas, así como el riesgo de secuelas a largo plazo, incluida la OMSC y la mastoiditis (9).

Los agentes terapéuticos preferidos siguen siendo la amoxicilina (primera línea) y ácido clavulánico-amoxicilina (segunda línea) para OMA causada por *S. pneumoniae*, mientras que la cefalosporina oral (cefixima) (segunda línea) es preferido en OMA debido a *M. catarrhalis* y *H. influenzae*. En el caso de presentar alguna reacción alérgica a la penicilina, se recomienda el uso de claritromicina oral (8/16; 50%) o trimetoprim-sulfametoxazol oral (6/16; 38%) (7,9).

Es recomendable que los niños con otorrea, complicaciones intracraneales o antecedentes de recurrencia, así como los menores de 6 meses, reciban tratamiento antibiótico rápido para tratar la OMA. Los niños de 6 meses a 2 años deben recibir tratamiento antibiótico rápido para todas las formas de OMA, ya sea leve o grave, y para los niños mayores de 2 años con OMA bilateral grave. En el caso de niños mayores de 2 años con OMA unilateral leve o grave, o OMA bilateral leve, se puede optar por un enfoque de espera vigilante (12).

Para niños con síntomas de OMA y una posible perforación de la MT con descarga purulenta visible en el canal externo, el equipo médico debe iniciar un tratamiento antibiótico sistémico durante 10 días y

realizar un seguimiento para asegurarse de que los síntomas se resuelvan y no se produzcan complicaciones. Si el niño presenta efusión de oído medio, abultamiento claro del tímpano y fiebre persistente de 39°C o más, se recomienda el tratamiento con antibióticos durante 10 días. Sin embargo, si el niño está tranquilo en el examen físico y su fiebre es menor a 39°C, los médicos pueden optar por un enfoque de espera vigilante, proporcionando orientación clara a los cuidadores sobre los signos de empeoramiento y reconsiderando el tratamiento con antibióticos después de 48 horas. En el caso de niños con efusión de oído medio o abultamiento claro del tímpano, puede ser prudente esperar y observar durante 48 a 72 horas antes de tomar una decisión sobre el tratamiento con antibióticos sistémicos, ya que esto puede ser rentable, reducir los gastos en atención médica y mejorar los resultados (3).

Estudios han revelado que la tasa de infecciones de oído resistentes a los antibióticos se ha duplicado en la última década. La ampicilina tuvo la tasa de resistencia general más alta, seguida de ceftriaxona, amoxicilina y tetraciclina. La resistencia bacteriana a antibióticos ocurre con frecuencia y es la capacidad de patógenos (bacterias, parásitos, virus, etc.) de desarrollarse en presencia de sustancias activas que normalmente las destruirían o inactivarían. El fenómeno de la resistencia bacteriana ocurre con mayor frecuencia en el caso de terapias repetitivas a largo plazo, siendo la OM la condición que a menudo requiere dicha terapia (9).

La causa principal de la resistencia a los antibióticos se debe al mal uso y uso excesivo del tratamiento antimicrobiano. En respuesta a este preocupante fenómeno, los nuevos antibióticos han demostrado ser

eficaces en la OMA en niños: tebipenem-pivoxil, tosufloxacin y cefditoren pivoxil.

Hay evidencia que sugiere que seguir las pautas para el manejo de la OMA es una medida efectiva en la reducción del uso excesivo de antibióticos. Las directrices actuales ofrecen dos enfoques para la administración de antibióticos: el enfoque de espera y el tratamiento inmediato con antibióticos. La duración del tratamiento varía de 5 a 10 días, y se recomienda una dosis más alta de amoxicilina y amoxicilina-ácido clavulánico para superar la resistencia a las cepas. En caso de síntomas graves, como fiebre, dolor de oído, vómitos y diarrea, se recomienda el tratamiento inmediato con antibióticos. Es importante usar los antibióticos de manera prudente para reducir la resistencia a los antimicrobianos, lo que representa una grave amenaza para la salud pública, y seguir las pautas puede ayudar a reducir los fracasos del tratamiento debido a la resistencia a las cepas (9).

En niños con OMA que no reciben tratamiento antibiótico, la tasa de mejoría es de un 81%, mientras que con el tratamiento antibiótico la tasa de resolución aumenta hasta el 93%. Esto sugiere que los antibióticos tienen beneficios limitados en comparación con los posibles efectos secundarios negativos, tales como la diarrea, vómitos, candidiasis oral y erupciones cutáneas (8,13,14).

A pesar de que el uso de amoxicilina ha sido exitoso en el tratamiento de la OMA, aún existen casos difíciles de tratar. Se han discutido factores de predisposición, como la edad menor de 2 años, la rinusinusitis, entre otros, y se necesitan parámetros útiles para predecir el fracaso del tratamiento antimicrobiano. Es importante evaluar cuidadosamente las características clínicas de la OMA en los niños para tomar una

decisión sobre el abordaje (15,16).

La falta de mejoría en los síntomas y la ineficacia del tratamiento pueden aumentar el riesgo de pérdida de la audición. En casos de complicaciones graves, como la ruptura del tímpano, la resistencia a los antibióticos, la OMA en pacientes inmunocomprometidos, o dolor de oído intenso que no se alivia con tratamiento, se pueden requerir procedimientos quirúrgicos con urgencia. La pérdida de la audición es una posible complicación que debe ser prevenida y tratada adecuadamente (1).

Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes para el tratamiento de la OMA son los TT y la miringotomía. Si los episodios de OMA ocurren de manera recurrente o las efusiones del oído medio no se resuelven con el tiempo, los pacientes pueden ser remitidos a un otorrinolaringólogo y se les puede recomendar la colocación quirúrgica de TT (3).

Se recomienda la colocación de TT en las membranas timpánicas para aliviar la presión negativa y prevenir la acumulación de líquido en el oído medio. Los TT suelen permanecer en su lugar durante 6 a 18 meses antes de caerse naturalmente (3).

La técnica de timpanocentesis es un procedimiento médico que implica la inserción de una aguja en la MT para drenar líquidos acumulados en el oído medio, aliviando la presión y reduciendo el dolor. Además de ser un procedimiento diagnóstico, también tiene un efecto terapéutico al mejorar la administración de antibióticos a la cavidad infectada del oído medio (1).

COMPLICACIONES

Si la OM no recibe el tratamiento adecuado, el líquido infectado en el oído medio puede propagarse a áreas cercanas y provocar complicaciones graves, las cuales son

difíciles de tratar debido a la complejidad de las estructuras circundantes del oído medio (2,8).

Se pueden clasificar en intratemporales e intracraneales. Las intratemporales incluyen pérdida auditiva, perforación de la MT, OMSC, colesteatoma, mastoiditis, petrositis, laberintitis, parálisis facial, granuloma de colesterol y dermatitis eczematoide infecciosa. Es relevante mencionar que la pérdida auditiva conductiva resultante de la otitis media crónica o recurrente puede afectar el desarrollo del lenguaje en niños de 6 a 24 meses y dar lugar a problemas prolongados del habla. Las intracraneales incluyen meningitis, empiema subdural, absceso cerebral, absceso extradural, trombosis del seno lateral e hidrocefalia óptica (2).

Los infantes menores de 8 semanas son los más propensos a padecer de estos efectos adversos, por lo que se recomienda un tratamiento agresivo y temprano de la OMA (2).

Estas complicaciones pueden tener una morbilidad considerable, con un estimado de 20 000 muertes en todo el mundo cada año. En niños enfermos con sospecha de OMA, se debe llevar a cabo un examen físico completo, incluyendo la cabeza y el cuello, prestando especial atención a los signos que indiquen una enfermedad sistémica grave o complicaciones supurativas agudas de la OMA (4).

PRONÓSTICO

En la actualidad, la mayoría de los pacientes con OM tienen un buen pronóstico gracias al acceso mejorado a la atención médica y a un diagnóstico y tratamiento tempranos en países desarrollados. Un tratamiento antibiótico efectivo es fundamental, aunque el curso de la enfermedad puede verse afectado por múltiples factores. Los niños

que sufren menos de tres episodios de OM tienen una mayor probabilidad de recuperarse con un solo ciclo de antibióticos, mientras que aquellos que desarrollan complicaciones pueden ser difíciles de tratar y tener tasas de recurrencia más altas. Las complicaciones graves, aunque poco comunes, pueden tener consecuencias mortales significativas. Los niños que han tenido OM en la infancia pueden experimentar pérdida auditiva leve a moderada, y aquellos que la padecen durante sus primeros 24 meses de vida pueden tener dificultades para escuchar ciertos sonidos (2).

CONCLUSIONES

La OMA es una enfermedad común en los infantes y puede tener diferentes grados de severidad, desde una simple inflamación del oído hasta una infección grave con complicaciones.

El tratamiento de la OMA en infantes puede incluir antibióticos, procedimientos quirúrgicos o espera vigilante, dependiendo de la gravedad de los síntomas y la presencia de complicaciones.

El uso sensato y moderado de antibióticos es crucial para reducir la resistencia a los antimicrobianos, lo que representa una amenaza para la salud pública mundial.

Dado que la OMA es una afección frecuente en niños y niñas, se recomienda continuar investigando sobre su etiología, epidemiología y tratamientos óptimos para mejorar la atención clínica y la gestión de la enfermedad. También sería útil investigar la eficacia de los enfoques de espera vigilante y la prescripción inmediata de antibióticos.

REFERENCIAS

1. Jamal A, Alsabea A, Tarakmeh M, Safar A. Etiology, diagnosis, complications, and management of acute otitis media in children. *Cureus* [Internet]. 2022 [citado el 03 abril 2023];14(8):e28019. DOI: 10.7759/cureus.28019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.28019>
2. Danishyar A, Ashurst JV. Otitis media aguda. [Actualizado el 07 de octubre, 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado el 03 abril 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470576/>
3. Goldman RD. Acute otitis media in children 6 months to 2 years of age. *Can Fam Physician* [Internet]. 2022 [citado el 03 abril 2023];68(8):589–90. DOI: 10.46747/cfp.6808589. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46747/cfp.6808589>
4. Venekamp RP, Schilder AGM, van den Heuvel M, Hay AD. Acute otitis media in children. *BMJ* [Internet]. 2020 [citado el 03 abril 2023];371:m4238. DOI: 10.1136/bmj.m4238. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4238>
5. de Sévaux JL, Venekamp RP, Lutje V, Hak E, Schilder AG, Sanders EA, et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado el 03 abril 2023];11(11):CD001480. DOI: 10.1002/14651858.CD001480.pub6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001480.pub6>
6. Phillips M, Finelli L, Saiman L, Wang C, Choi Y, Patel J. Otitis media aguda asociada al virus sincitial respiratorio en bebés y niños. *J Pediatric Infect Dis Soc* [Internet]. 2020 [citado el 03 abril 2023];9(5):544–50. DOI: 10.1093/jpids/piaa094. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jpids/piaa094>
7. 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* [Internet]. 2020 [citado el 01 abril 2023];10(5):e035343. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035343. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035343>
8. Gaddey HL, Wright MT, Nelson TN. Otitis media: Rapid evidence review. *Am Fam Physician* [Internet]. 2019 [citado el 01 abril 2023];100(6):350–6. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p350.html>
9. Spoială EL, Stanciu GD, Bild V, Ababei DC, Gavrilovici C. From evidence to clinical guidelines in antibiotic treatment in acute otitis media in children. *Antibiotics* (Basel) [Internet]. 2021 [citado el 03 abril 2023];10(1):52. DOI: 10.3390/antibiotics10010052. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/antibiotics10010052>
10. Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, et al. Guías de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la otitis media aguda en niños-Actualización 2018. *Auris Nasus Laringe* [Internet]. 2020 [citado el 03 abril 2023];47(4):493–526. DOI: 10.1016/j.anl.2020.05.019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2020.05.019>
11. Shirai N, Preciado D. Otitis media: ¿qué hay de nuevo?: ¿Qué hay de nuevo? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2019 [citado el 08 de abril, 2023];27(6):495–8. DOI: 10.1097/moo.0000000000000591. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/moo.0000000000000591>
12. Marchisio P, Galli L, Bortone B, Ciarcia M, Motisi MA, Novelli A, et al. Updated guidelines for the management of acute otitis media in children by the Italian society of pediatrics: Treatment: Treatment. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2019 [citado el 03 abril 2023];38(12S Suppl):S10–21. DOI: 10.1097/INF.0000000000002452. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000002452>
13. Hum SW, Shaikh KJ, Musa SS, Shaikh N. Adverse events of antibiotics used to treat acute otitis media in children: A systematic

- meta-analysis. *J Pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 03 abril 2023];215:139-143.e7. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.08.043. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.08.043>
14. Holm NH, Rusan M, Ovesen T. Acute otitis media and antibiotics - a systematic review. *Dan Med J* [Internet]. 2020 [citado el 03 abril 2023];67(11). Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/dmj/acute-otitis-media-and-antibiotics-systematic-review>
15. Kono M, Fukushima K, Kamide Y, Kunimoto M, Matsubara S, Sawada S, et al. Features predicting treatment failure in pediatric acute otitis media. *J Infect Chemother* [Internet]. 2021 [citado el 03 abril 2023];27(1):19–25. DOI: 10.1016/j.jiac.2020.08.003. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2020.08.003>
16. Zhong L, Hamdy RF, Pitter JC, Hamburger EK, Behzadpour H, Preciado D. Las características de la otitis media aguda en la atención primaria se asocian con los resultados del tubo de timpanostomía. *Laringoscopio Investig Otolaryngol* [Internet]. 2022 [citado el 03 abril 2023];7(5):1595–602. DOI: 10.1002/lio2.867. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/lio2.867>