Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co

Artículo de investigación científico y tecnológica

Adherencia a la guía de práctica clínica para el manejo de otitis media aguda pediátrica en el servicio de urgencias: auditoría retrospectiva de 2903 casos atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia (2016-2019)

Adherence to Clinical Practice Guidelines for Pediatric Acute Otitis Media Management in the Emergency Department: A Retrospective Review of 2903 Cases at Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia (2016-2019)

Juan C. Ospina-García, Paula Andrea Téllez-Cortés**, María Valeria Chamorro-Rodríguez***, Juliana López-Escobar****, Ana María Lizarazo-Carrera*****, Isabella Melo-Paz******, Lorenzo García-Tissot*******, Mateo Amorocho-Suárez********, Carlos Alberto Restrepo*********.*

* *Otorrinolaringólogo pediatra, Hospital Universitario San Ignacio. Profesor titular, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7806-5355.*

** *Otorrinolaringóloga pediatra, Hospital Universitario San Ignacio. Jefe de la Unidad de Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario San Ignacio. Profesora asociada, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8407-1815.*

*** *Otorrinolaringóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1522-1215.*

**** *Residente de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2657-1421.*

***** *Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Miembro del Semillero de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5805-668X.*

****** *Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Miembro del Semillero de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-2063-550X.*

******* *Médico, Pontificia Universidad Javeriana. Miembro del Semillero de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4561-823X.*

******** *Médico, Pontificia Universidad Javeriana. Miembro del Semillero de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-7357-9911.*

********* *Residente de Otorrinolaringología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0563-7890.*

Como citar: Ospina-García JC, Téllez-Cortés PA, Chamorro-Rodríguez MV, López-Escobar J, Lizarazo-Carrera AM, Melo-Paz I, García-Tissot L, Amorocho-Suárez M, Restrepo CA. Adherencia a la guía de práctica clínica para el manejo de otitis media aguda pediátrica en el servicio de urgencias: auditoría retrospectiva de 2903 casos atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia (2016-2019). Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2026; 54(2): 146 - 157. DOI: https://doi.org/10.37076/acorl.v54i2.925

Correspondencia:
Juan C. Ospina García
Correo electrónico: juan.ospina@gmail.com
Dirección: Carrera 23 # 124 - 87, Torre 2, Consultorio 506. Bogotá, Colombia
Teléfono celular: +57 321 462 7511

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido: 24 de marzo de 2026
Evaluado: 25 de abril de 2026
Aceptado: 16 de mayo de 2026

Palabras clave (DeCS):
Otitis media, guía de práctica clínica, cumplimiento y adherencia al tratamiento, antibacterianos, pediatría, servicio de urgencia en el hospital.

RESUMEN

Introducción: la otitis media aguda (OMA) es una de las principales causas de consulta en urgencias pediátricas y de prescripción antibiótica. A pesar de la disponibilidad de guías de práctica clínica (GPC), persisten dificultades diagnósticas y baja adherencia a las recomendaciones, lo que favorece el sobrediagnóstico y el uso innecesario de antimicrobianos. *Objetivo:* evaluar la adherencia a las GPC nacionales para el diagnóstico y manejo de la OMA en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia. *Métodos:* estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de 2903 historias clínicas electrónicas. Se evaluó el cumplimiento de los criterios diagnósticos, el uso de herramientas como la neumatoscopia, la adecuación de la prescripción antibiótica y la adherencia a las recomendaciones terapéuticas, incluida la observación expectante. *Resultados:* el 56,2% de los casos cumplió los criterios diagnósticos de las GPC (IC 95%: 54,4%-58,0%). Se prescribió antibiótico en el 96,8% de todos los pacientes (IC 95%: 96,1%-97,4%), aunque únicamente el 54,9% tenía indicación clara de tratamiento antibacteriano (IC 95%: 53,1%-56,7%). La observación expectante y la documentación del uso de neumatoscopia fueron escasas. *Conclusiones:* existe una brecha significativa entre las GPC y la práctica clínica real, con un sobrediagnóstico y una sobreprescripción antibiótica consecuente. Se requieren estrategias dirigidas a fortalecer la formación clínica, optimizar el uso de herramientas diagnósticas y promover el uso racional de antimicrobianos.

Key words (MeSH):
Otitis media, practice guideline, guideline adherence, treatment adherence and compliance, anti-bacterial agents, pediatrics, emergency service, hospital.

ABSTRACT

Introduction: Acute otitis media (AOM) is one of the leading causes of pediatric emergency department visits and antibiotic prescriptions. Despite the availability of clinical practice guidelines (CPGs), diagnostic difficulties and low adherence to recommendations persist, contributing to overdiagnosis and unnecessary antimicrobial use. *Objective:* to evaluate adherence to national clinical practice guidelines for the diagnosis and management of AOM in pediatric patients treated in the emergency department of a high-complexity hospital in Bogotá, Colombia. *Methods:* A retrospective, descriptive observational study was conducted based on the review of 2903 electronic medical records. Adherence to diagnostic criteria, use of diagnostic tools such as pneumatic otoscopy, appropriateness of antibiotic prescribing, and compliance with therapeutic recommendations, including watchful waiting, were assessed. *Results:* only 56,2% of cases met the diagnostic criteria established by the guidelines. Antibiotics were prescribed in 96,8% of patients; however, only 54,9% had a clear indication for antibacterial therapy. Watchful waiting and documentation of pneumatic otoscopy use were infrequent. *Conclusions:* A significant gap exists between clinical practice guideline recommendations and real-world management, characterized by diagnostic inaccuracy and antibiotic overprescription. Strategies aimed at strengthening clinical training, optimizing the use of diagnostic tools, and promoting rational antimicrobial use are needed.

Introducción

La otitis media aguda (OMA) es una patología frecuente y es considerada una de las infecciones más comunes de la infancia (1,2), siendo más frecuente en niños menores de 3 años (1). Se estima que aproximadamente el 60% de los niños ha tenido al menos un episodio de OMA antes de los 4 años (1,2).

En los Estados Unidos se estiman 5 millones de casos al año, lo que resulta en 30 millones de visitas médicas anualmente (1). En Latinoamérica y Colombia no se cuenta con información epidemiológica robusta para estimar su prevalencia, en comparación con países desarrollados (1). Está claramente establecido que la incidencia de OMA disminuyó después de la inmunización universal de los lactantes con la vacuna antineumocócica, inicialmente con la vacuna conjugada de 7 valencias (PCV7), y disminuyó aún más cuando fue reemplazada por la vacuna conjugada de 13 valencias (PCV13) (1). La implementación de las PCV7 ha contribuido a una reducción en la consulta a los servicios de urgencias por otitis media (OM) (3). No obstante, durante la pandemia de COVID-19, el comportamiento epidemiológico cambió

notablemente debido a las medidas de distanciamiento social y a una mayor higiene personal (2,4). Diversos estudios reportaron reducciones superiores al 70% en la incidencia y en las consultas por OMA, junto con una menor morbilidad y prescripción de antibióticos (4). Esta tendencia se explica por la reducción en la transmisión de infecciones del tracto respiratorio superior de origen viral, las cuales son los principales factores desencadenantes de la OMA (4). Sin embargo, este cese de la exposición natural a patógenos genera la preocupación de una "deuda de inmunidad" en la población infantil, fenómeno que podría resultar en un posible aumento de la frecuencia o gravedad de las infecciones respiratorias y la OMA al eliminarse las restricciones sanitarias (4).

La fisiopatología de la OMA es multifactorial (1). Hasta en el 90% de los casos se ha reportado una asociación con infecciones virales del tracto respiratorio superior (1), siendo el virus sincitial respiratorio (VSR) y el rinovirus los principales agentes implicados (1,3). La progresión a OMA está mediada por factores individuales del huésped como alteraciones anatómicas y funcionales de la trompa de Eustaquio y del oído medio (3) y el microbioma nasofaríngeo (1). En ausencia de condiciones de riesgo como malformaciones craneofaciales, signos clínicos de severidad o edad inferior a los dos años, la OMA se considera una entidad autolimitada, con evolución favorable en aproximadamente 75% -90% de los casos (2-3).

Los principales agentes etiológicos implicados son Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis (2-3). Estudios recientes han documentado una evolución en la frecuencia de estos patógenos (3). Tras la introducción de la vacuna conjugada antineumocócica, H. influenzae se convirtió en el patógeno más frecuentemente aislado, aunque después hubo un resurgimiento de serotipos de S. pneumoniae no incluidos en la vacuna, llevando a una frecuencia de aislamiento casi igual entre ambos (3). Un conocimiento claro sobre la etiología de la OMA permite orientar adecuadamente su tratamiento, en los casos en que sea indicado, y en el contexto del uso racional de antibióticos para disminuir el riesgo de resistencia antimicrobiana (1,3).

La OMA se asocia con múltiples factores de riesgo (2-3), entre los que se incluyen la edad menor de dos años, el sexo masculino, la raza caucásica, la discinesia ciliar, bajo nivel socioeconómico, las infecciones del tracto respiratorio superior, la hipertrofia adenoidea y las anomalías craneofaciales. Otros factores identificados son las inmunodeficiencias (1,3), la asistencia a guarderías (1,3), la exposición al humo del cigarrillo (3-2), el contacto con irritantes y alérgenos respiratorios, la técnica inadecuada de lactancia materna, el uso de biberón y el reflujo gastroesofágico (1).

Dada la alta prevalencia de la enfermedad (1,2), los costos en salud asociados (1) y el aumento de la resistencia antimicrobiana (1-2), es de suma importancia implementar estrategias orientadas al diagnóstico preciso y al manejo adecuado de la OMA a nivel nacional e institucional.

Para confirmar la presencia de OMA, de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (3) y la de Práctica Clínica Institucional para el manejo de OMA en niños del Hospital Universitario San Ignacio (5), a su vez basada en la guía de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL) (1), es necesario cumplir con los siguientes criterios:

1. Presencia de efusión en el oído medio, evidenciando la presencia de exudado o líquido, detectable mediante hipomotilidad en la neumatoscopia, abombamiento de la membrana timpánica, otorrea o cambios en la timpanometría, en caso de contar con la misma.
2. Evidencia de signos y síntomas de inflamación en el oído medio mediante la otoscopia, como eritema de la membrana timpánica u otalgia de intensidad variable.
3. Inicio agudo (menos de 48 horas) de signos y síntomas locales o sistémicos, en caso de que no exista una perforación timpánica espontánea.

El diagnóstico de la OMA es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis consignada en la historia clínica y en los hallazgos documentados tras una evaluación física completa (1,3). Los criterios diagnósticos típicamente incluyen la instauración de forma aguda de signos y síntomas, la evidencia de signos de inflamación en el oído medio y la presencia de efusión en el oído medio (EOM) (2-3).

La ACORL resalta el abombamiento de la membrana timpánica y la hipomovilidad o ausencia de movilidad de la membrana timpánica como los signos más sensibles para el diagnóstico (1). El abombamiento moderado a grave de la membrana timpánica representa la característica más importante para el diagnóstico de OMA (3).

El manejo inicial de la OMA dependerá de la evaluación de la edad del paciente y la severidad de los síntomas (1,3). Esto, con el fin de evitar el uso indiscriminado de antibióticos y, asimismo, disminuir el aumento de la resistencia inducida por antimicrobianos (2-3), dado que la OMA es, en la mayoría de los casos, una entidad autolimitada con una resolución espontánea favorable.

Se considera OMA grave cuando se presenta al menos uno de los siguientes criterios (1,3,5):

- otalgia moderada a severa,
- otalgia con una duración de al menos 48 horas,
- fiebre igual o mayor a 39,0 °C.

La estrategia de observación inicial (watchful waiting) es el manejo preferido en casos no severos y seleccionados. Se recomienda en pacientes mayores de 24 meses sin factores de riesgo adicionales y sin síntomas graves (1-3,5). También se recomienda en pacientes entre 6 y 23 meses con OMA unilateral no grave (3,5). Si se opta por la observación, debe asegurarse el seguimiento médico e iniciar el manejo antibiótico si el niño empeora o si no hay mejoría clínica dentro de las 48 a 72 horas posteriores al inicio de los síntomas (3,5).

La indicación de antibioticoterapia durante la consulta inicial debe ofrecerse en los siguientes casos (3,5):

- Pacientes menores de 6 meses, independientemente de los criterios de severidad.
- Cualquier paciente de 6 meses o más con OMA grave, ya sea unilateral o bilateral.
- Niños entre 6 y 24 meses con OMA bilateral, en ausencia de síntomas severos.

Una vez evaluada la pertinencia del tratamiento antibiótico, se recomienda como primera línea el uso de amoxicilina a dosis altas de 90 mg/kg al día, administrada en dos tomas diarias (1,3,5). Esta estrategia se justifica por la efectividad de la amoxicilina contra los patógenos bacterianos comunes de la OMA, su seguridad, bajo costo y espectro microbiológico estrecho (3). Esta dosis alta busca asegurar un cubrimiento principalmente contra Streptococcus pneumoniae resistente por medio del mecanismo de resistencia mediado por proteínas ligadoras de penicilina (PBPs) (3).

Para pacientes que hayan recibido amoxicilina en los últimos 30 días, que presenten conjuntivitis purulenta asociada o que no hayan respondido a un esquema previo con amoxicilina, se debe prescribir un antibiótico con cobertura adicional para gérmenes productores de betalactamasa (3,5). En estos casos, se recomienda iniciar tratamiento con amoxicilina asociada a un inhibidor de betalactamasas (ácido clavulánico) a dosis altas (1,3,5). Esta combinación permite ampliar el espectro antimicrobiano para cubrir otras cepas, como *Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis* (3).

En aquellos pacientes con alergia tipo I a penicilinas y betalactámicos, se recomienda iniciar cubrimiento con clindamicina o con macrólidos. Para pacientes con alergia no tipo I, se pueden considerar cefalosporinas de segunda y tercera generación (1).

Otras terapias como antihistamínicos, corticoides sistémicos, analgésicos tópicos o descongestionantes no han mostrado beneficio en la resolución de los síntomas, por lo que no cuentan con evidencia que respalde su uso (2-3).

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, siguiendo las recomendaciones de la guía STROBE para estudios observacionales y considerando el marco SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) para la evaluación de adherencia a guías de práctica clínica y calidad de la atención.

Se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas electrónicas de pacientes atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), institución de alta complejidad ubicada en Bogotá, Colombia. El HUSI es un centro de referencia universitario que cuenta con servicio de urgencias pediátricas de atención escalonada y manejo integral de pacientes ambulatorios y hospitalizados, lo que permitió evaluar la adherencia a las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la guía de práctica clínica para OMA en un contexto de práctica clínica real por médicos generales, pediatras, otorrinolaringólogos y especialistas en medicina familiar.

Para la muestra fueron incluidos pacientes entre 0 y 18 años que consultaron al servicio de urgencias del HUSI entre 2016 y 2019, codificados según el CIE-10 con alguno de los siguientes diagnósticos: H651 (otras otitis medias agudas, no supurativas), H659 (otitis media no supurativa sin otra especificación), H660 (otitis media supurativa aguda), H664 (otitis media supurativa sin otra especificación), H669 (otitis media no especificada), H670 (otitis media en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte), H671 (otitis media en enfermedades virales clasificadas en otra parte), H678 (otitis media en otras enfermedades clasificadas en otra parte), H652 (otitis media crónica serosa) y H650 (otitis media aguda serosa).

Se excluyeron aquellas historias clínicas que, por clínica y examen físico, se orientaran al diagnóstico de otitis externa, otitis media crónica, colesteatoma o presencia de tubos de ventilación, así como aquellas con historias clínicas incompletas que no incluyeran examen físico documentado e historias clínicas codificadas erróneamente.

El muestreo se realizó a partir de la base de registros electrónicos del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), seleccionando todas las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

La recolección de las variables se llevó a cabo mediante una base de datos en Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron verificados y transferidos manualmente a la plataforma REDCap, donde fueron almacenados y posteriormente analizados.

Para la evaluación de criterios de severidad, el estudio consideró como fiebre cualquier registro de fiebre mencionado en la historia clínica, aun cuando no reportaban exactamente la temperatura corporal. Este criterio difiere del punto de corte, mayor o igual a 39°C, utilizado por múltiples guías internacionales para definir severidad en OMA; sin embargo, se adoptó considerando el contexto clínico de la población evaluada y la frecuente administración previa de antipiréticos por parte de los cuidadores antes de la consulta al servicio de urgencias, lo que podría modificar la temperatura registrada durante la valoración médica inicial.

El presente estudio se enfocó exclusivamente en medidas de proceso relacionadas con la adherencia a las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la guía clínica. No se incluyeron medidas de desenlace clínico, dado que el objetivo principal fue evaluar el cumplimiento de las recomendaciones durante la atención inicial en urgencias pediátricas.

Análisis y resultados

Población total

Durante la identificación de los casos, con base en los códigos diagnósticos del CIE-10 seleccionados, se recolectaron datos de 3386 pacientes. Posteriormente, tras la aplicación

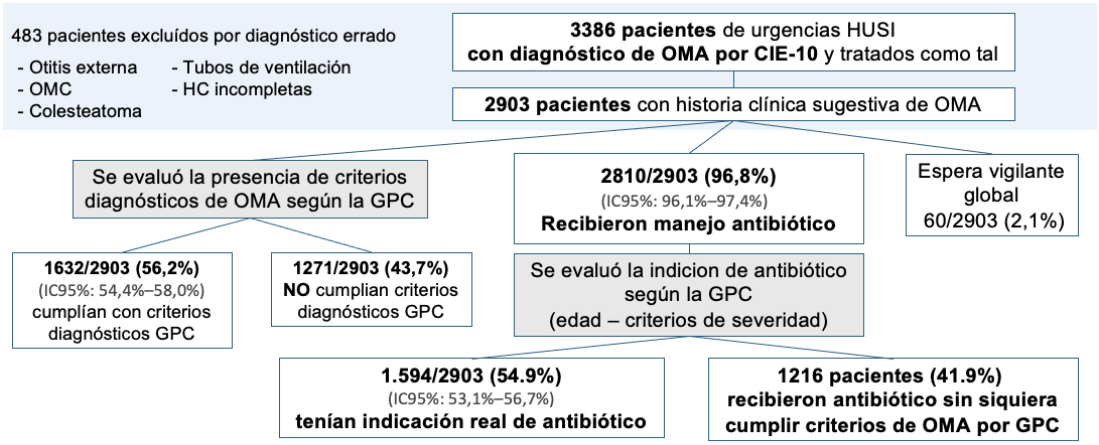

Figura 1. Selección de pacientes incluidos en el estudio. Figura elaborada por los autores.

de los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 2903 pacientes incluidos en el análisis. El proceso de selección de pacientes se resume en la **Figura 1**.

La caracterización demográfica del presente estudio se presenta en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Caracterización demográfica

Variable	Frecuencia de presentación
Sexo	
Masculino	1603 (55,2%)
Femenino	1300 (44,7%)
Edad	
Menores de 6 meses	63 (2,17%)
Entre 6 y 24 meses	784 (27%)
Mayores de 24 meses	2056 (70,8%)
Lateralidad	
Derecha	1109 (38,2%)
Izquierda	957 (33%)
Bilateral	837 (28,8%)
Especialidad tratante	
Medicina general	24 (0,8%)
Medicina de urgencias	40 (1,4%)
Medicina familiar	4 (0,1%)
Otorrinolaringología	433 (14,9%)
Pediatría	2402 (82,7%)
Manejo antibiótico	
Sí	2810 (96,8%)
No	93 (3,2%)
Espera vigilante	
Sí	60 (2,1%)
No	2843 (97,9%)
Total, casos que cumplían criterios diagnósticos de OMA según la GPC	1632 (56,2%)

Tabla elaborada por los autores.

En cuanto al sexo, hay una leve predominancia de los casos en el sexo masculino, 1603/2903 (55,2%). Esto coincide con lo reportado en la literatura sobre la OMA. Respecto a la edad, más del 70% de los casos se presentaron en pacientes mayores de 2 años, 2056/2903 (70,8%), aunque la literatura reporta prevalencia en edades de 6 a 24 (2-3), que en nuestros datos corresponde a solo 784/2903 (27%) de los pacientes diagnosticados.

Respecto a la lateralidad, la mayoría de los casos fueron unilaterales (derecha 1109/2903 [38,2%], izquierda 957/2903 [33%]) con ligera prevalencia de presentación en el oído derecho. Casi un tercio de los pacientes, 837/2903 (28,8%), presentó afectación bilateral, lo cual indica severidad, según la edad de presentación (2-3).

La mayor parte de los casos analizados fueron atendidos por el servicio de urgencias de pediatría 2402/2903 (82,7%), lo cual es coherente con el grupo etario descrito en la literatura. Se encontró que 433/2903 (14,9%) pacientes fueron valorados por el servicio de otorrinolaringología. Esto demuestra una alta capacidad resolutiva por parte del servicio de pediatría y es el reflejo del modelo de atención escalonado, en el que al servicio de otorrinolaringología se suelen remitir casos más complejos, refractarios o recurrentes.

Con respecto al manejo antibiótico, se reporta un uso amplio del mismo en la muestra (2810/2903 [96,8%]), lo cual sugiere una tendencia institucional a iniciar el tratamiento incluso cuando este no está estrictamente indicado. Únicamente el 2,1% (60/2903) de los pacientes fue manejado mediante vigilancia expectante pese a que esta estrategia cuenta con respaldo en las guías y la evidencia disponible para casos seleccionados. Sin embargo, es importante tener presente que, en algunas situaciones, el contexto social de los pacientes no permite realizar seguimientos seriados, por lo que el inicio del tratamiento puede ser considerado en la valoración inicial para prevenir la pérdida del seguimiento de estos pacientes y posibles complicaciones futuras.

De todos los datos analizados, 1632/2903 (56,2%) de los casos atendidos cumplen con la definición de OMA según los criterios diagnósticos establecidos por la GPC. Esto refleja inconsistencias en la aplicación de los criterios diag-

nósticos, derivando, en consecuencia, en la elección de los tratamientos instaurados.

El uso de neumatoscopia sobre el total de oídos evaluados fue de 475/5806 (8,1%), por grupo tratante:

- medicina de urgencias: 1/475 (0,21%),
- pediatría: 67/475 (14,10%),
- otorrinolaringología (ORL): 407/475 (85,68%).

Se evidencia un muy bajo uso de la neumatoscopia, lo que muestra la limitada utilización de esta importante herramienta, fundamental para el adecuado diagnóstico clínico de OMA; esto cuestiona la precisión diagnóstica en los casos que no reportan o no cumplen los demás criterios diagnósticos.

Teniendo en cuenta que 2402/2903 (82,7%) de los diagnósticos fueron realizados por pediatría, la utilización de la neumatoscopia como herramienta diagnóstica de oídos evaluados en este grupo etario (4804) se reportó solo en 67/4804 (1,39%) de los casos.

Del total de oídos evaluados (5806), 425/5806 (7,32%) presentaban otorrea activa. De este último grupo se realizó prescripción de manejo tópico en 374/425 (88,0%) de los oídos afectados, lo que implica una adecuada adherencia a la recomendación acerca del uso de antibiótico tópico ante el hallazgo de otorrea activa.

Población con OMA confirmada

Del total de 2.903 pacientes registrados en la base de datos del Hospital Universitario San Ignacio con diagnóstico consignado de OMA según el CIE-10, solo 1632/2903 (56,2%) casos cumplieron con los criterios diagnósticos establecidos por la guía de práctica clínica, dados por: instauración aguda de signos y síntomas, presencia de efusión en oído medio y signos de inflamación. Estos pacientes fueron nominados para nuestro estudio como casos confirmados de OMA.

Se realizó un análisis según la especialidad médica responsable de la valoración inicial. La proporción del cumplimiento de los criterios diagnósticos varió entre las diferentes especialidades (**Tabla 2**). La mayor concordancia diagnóstica se observó en la especialidad de otorrinolaringología. 354/433 (81,7%) de los casos cumplieron con todos los criterios diagnósticos de OMA. Esto se debe posiblemente a que el diagnóstico de OMA es principalmente clínico y el uso rutinario de neumatoscopia podría favorecer una mayor precisión diagnóstica.

En contraste, otras especialidades presentaron menores proporciones de concordancia diagnóstica, incluyendo pediatría con 1239/2402 (51,6%) y medicina general con 15/24 (62,5%) casos.

Para evaluar la adherencia a las indicaciones de la GPC en relación con el tratamiento de OMA en niños, el manejo antibiótico y la presencia de criterios clínicos de severidad se describen de manera comparativa según el grupo etario en las **Tablas 3 y 4**. En estas se resume la proporción de pacientes que recibieron antibiótico o manejo expectante durante la primera consulta, así como la distribución de los antibióticos prescritos y la indicación real de antibioticoterapia según los criterios de severidad: otalgia (moderada o severa), fiebre (mayor o igual a 39,0 °C) y otorrea en cada grupo de edad.

Tabla 2. Evaluación diagnóstica por especialidad

Especialidad tratante	Número de casos valorados	Número de casos que cumplían con los criterios diagnósticos de OMA según la GPC	Porcentaje de casos con diagnóstico acertado
Medicina general	24	15	62,5%
Medicina familiar	4	2	50%
Medicina de urgencias	40	22	55%
Pediatría	2402	1239	51,58%
Otorrinolaringología	433	354	81,7%

Tabla elaborada por los autores.

Tabla 3. Manejo y criterios de severidad según grupo etario (pacientes con OMA confirmada)

Variable	Menor o igual a 6 meses (n = 36)	Entre 6 y 24 meses (n = 396)	Mayor o igual a 24 meses (n = 1200)
Manejo			
Antibiótico prescrito en la primera consulta	36/36 (100%)	395/396 (99,74%)	1.165/1.200 (97,0%)
Manejo expectante	0/36 (0,0%)	1/396 (0,25%)	25/1.200 (2,08%)
Criterios de severidad			
Otalgia	–	117/396 (29,54%)	865/1.200 (72,08%)
Fiebre	–	333/396 (84,09%)	822/1.200 (68,5%)
Otorrea	11/36 (30,55%)	80/396 (20,20%)	242/1.200 (20,16%)
Indicación de ATB por GPC (≥ 1 criterio de severidad y/o otorrea)	No evaluado*	390/396 (98,48%)	1.168/1.200 (97,3%)

* En menores de 6 meses no se evaluaron criterios de severidad, dado que la totalidad de la población de dicho grupo etario tiene indicación de antibiótico oral. ATB: antibiótico; GPC: guía de práctica clínica. Tabla elaborada por los autores.

Tabla 4. Antibiótico prescrito según grupo etario (pacientes con OMA confirmada, con antibiótico prescrito durante la primera consulta)

Variable	Menor o igual a 6 meses (n = 36)	Entre 6 y 24 meses (n = 395)	Mayor o igual a 24 meses (n = 1.163)
Amoxicilina	34/36 (94,4%)	339/395 (85,82%)	1.034/1163 (88,9%)
Amoxicilina/clavulanato	1/36 (2,77%)	48/395 (12,15%)	100/1163 (8,59%)
Claritromicina	1/36 (2,77%)	0/395 (0,0%)	16/1163 (1,37%)
Ceftriaxona	0/36 (0,0%)	8/395 (2,02%)	13/1163 (1,11%)

Tabla elaborada por los autores.

El total de OMA confirmada se distribuye sobre el total de pacientes por grupo etario evaluado, mientras que la prescripción de antibiótico en la primera consulta se evalúa sobre el número de pacientes con OMA confirmada, los cuales recibieron manejo antibiótico durante la primera consulta.

Del total de pacientes con OMA confirmada (1632), la gran mayoría de los pacientes, 1598/1632 (97,7%), recibió tratamiento con antibiótico; igualmente se reportó a 1589/1632 (97,4%) de los pacientes con prescripción de manejo analgésico. La estrategia de manejo expectante se reportó solo en 26/1632 (1,6%) del grupo

En menores de 6 meses, la prescripción de antibiótico fue de 36/36 (100%), siendo el tratamiento adecuado según las guías y la razón por la que no se evaluarán los criterios de severidad en este grupo. En los pacientes de 6 a 24 meses, 395/396 (99,7%) recibieron antibiótico, de los cuales el 390/396 (98,48%) cumplían criterios de severidad, por tanto, tenían indicación real de manejo antibiótico; es decir, una sobremedicación en 5/396 (1,26%) de los pacientes. La espera vigilante fue realizada en 5/396 (1,26%), aun en casos elegibles para esta estrategia.

En pacientes mayores de 24 meses se presenta una tendencia similar: se evidencia que 1163/1200 (96,9%) pacientes fueron medicados con tratamiento antibiótico sin una indicación clara. El manejo expectante fue mínimo (21/1200 [1,7%]).

Sobrediagnóstico

Del total de pacientes en quienes se consideró diagnóstico de OMA (2903), se encontró que 2810/2903 (96,8%) recibieron manejo antibiótico. De la muestra total, solo 1632/2903 (56,2%) realmente cumplen con los criterios diagnósticos para OMA confirmada, y solo 1594/2903 (54,9%) realmente tienen indicación de antibioticoterapia en la primera consulta.

Población sin otitis media aguda confirmada (no OMA)

Del total de 2903 pacientes incluidos en el estudio, 1271/2903 (43,7%) no cumplieron con todos los criterios diagnósticos establecidos por la guía de práctica clínica para un diagnóstico confirmado de OMA, por lo que fueron tomados para este estudio como población "no OMA". Las características clínicas, los hallazgos a la otoscopia y el manejo médico de esta población se resumen en la **Tabla 5**.

Los principales síntomas reportados en los pacientes considerados con OMA, a pesar de no cumplir con los criterios instaurados por la guía, fueron fiebre 977/1271 (76,8%) y presencia de síntomas respiratorios altos 929/1271 (73,0%), aunque ninguno de estos se encuentra dentro de los criterios establecidos en las GPC para el diagnóstico.

Tabla 5. Manejo médico y hallazgos clínicos en pacientes sin OMA confirmada

Variable	Frecuencia de presentación
Síntomas	
Fiebre	977 (76,8%)
Síntomas respiratorios altos	929 (73,0%)
Hallazgos otoscópicos*	
Eritema	1416 (55,7%)
Opacidad	705 (27,7%)
Pérdida de cono luminoso	615 (24,1%)
Manejo médico	
Antibiótico VO	1211 (95,27%)
Analgésico	1215 (95,59%)
Antihistamínico/descongestionante	73 (5,74%)
Control con pediatría	1208 (95%)
Espera vigilante	34 (2,67%)

VO: vía oral.
*Porcentaje calculado sobre el total de oídos evaluados (2542) en la población de 1271 pacientes (NO OMA). Tabla elaborada por los autores.

En términos de manejo terapéutico, la gran mayoría de los pacientes "no OMA" recibió antibiótico por vía oral (1211/1271 [95,27%]) y analgésicos (1215/1271 [95,59%]), con remisión a control por pediatría (1208/1271 [95%]). El manejo expectante se indicó solo en una proporción mínima de los casos (34/1271 [2,67%]). La distribución del manejo expectante según la especialidad tratante y la proporción de pacientes con confirmación diagnóstica de OMA se presentan en la **Tabla 6**.

Desde el punto de vista clínico, la fiebre y los síntomas respiratorios fueron altamente prevalentes, lo que pudo contribuir a la sospecha inicial de infección otológica. La evaluación otoscópica mostró con frecuencia signos inflamatorios del oído medio, tales como eritema en 1416/2542 (55,7%), opacidad timpánica en 705/1271 (27,7%) y pérdida del cono luminoso en 615/1271 (24,1%), mientras que el uso de neumatoscopia fue escaso.

Tabla 6. Indicación de manejo expectante por especialidad	
Totalidad de la muestra	Medicina general 1/24 (4,16%)
	Medicina familiar 0/4 (0,0%)
	Medicina de urgencias 1/40 (2,5%)
	Pediatría 29/2402 (1,20%)
	ORL 29/433 (6,69%)
Pacientes con manejo expectante, confirmados con OMA	Medicina general 1/1 (100%)
	Medicina familiar 0/0 (0,0%)
	Medicina de urgencias 1/1 (100%)
	Pediatría 9/29 (31%)
	ORL 15/29 (51,7%)

Tabla elaborada por los autores.

La estrategia de manejo expectante fue utilizada con baja frecuencia en todas las especialidades evaluadas. Otorrinolaringología presentó la mayor proporción de indicación de manejo expectante en 6,69% (29/433) de los pacientes valorados. No se documentaron casos de manejo expectante en medicina familiar.

Al evaluar los pacientes manejados mediante espera vigilante que cumplían criterios diagnósticos confirmados de OMA, se observó que el 51,7% (15/29) de los casos valorados por otorrinolaringología y el 31% (9/29) de los manejados por pediatría cumplían con los criterios diagnósticos establecidos por la guía de práctica clínica. En medicina general y medicina de urgencias, el único paciente manejado mediante espera vigilante en cada especialidad cumplía criterios diagnósticos de OMA.

Al clasificar a los pacientes "no OMA" según los criterios diagnósticos, se identificaron tres subgrupos principales. El más numeroso correspondió a pacientes con signos inflamatorios del oído medio sin evidencia de líquido en oído medio (1125/1271 [88,5%]), seguido por aquellos con líquido en oído medio sin signos inflamatorios (99/1271 [7,7%]) y, en menor proporción, pacientes sin inflamación ni presencia de líquido en oído medio (47/1271 [3,6%]). En todos los subgrupos se observó un uso elevado de antibióticos, independientemente del cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos (**Tabla 7**).

En conjunto, estos hallazgos evidencian que un porcentaje considerable de pacientes sin OMA confirmada recibió tratamiento antibiótico, aun en ausencia de los criterios clínicos completos definidos por la guía, lo que resalta la importancia de una evaluación otoscópica sistemática y del apego estricto a los criterios diagnósticos para optimizar el manejo de esta población.

Discusión

Variables sociodemográficas

El estudio incluyó una muestra institucional final de 2903 pacientes. Se evidenció una leve predominancia del sexo masculino (55,2%), hallazgo coherente con lo descrito en la literatura, donde destaca el sexo masculino como factor de riesgo para el desarrollo de OMA. En cuanto a la edad, la mayoría de los casos (70,8%) correspondió a pacientes mayores de 24 meses. Este resultado contrasta con la epidemiología descrita, la cual identifica a los niños de 6 a 24 meses como el grupo de mayor riesgo. En esta cohorte, dicho grupo representó el 27% de los casos. En el contexto del servicio de urgencias del HUSI, la población atendida podría corresponder principalmente a niños con manifestaciones clínicas más evidentes o a aquellos en quienes se percibe menor probabilidad de resolución espontánea sin valoración médica.

La distribución por lateralidad mostró que la mayoría de los casos fue unilateral, con ligera predominancia del oído derecho (38,2% derecho frente a 33% izquierdo). La afectación bilateral representó el 28,8%. Este hallazgo resulta relevante, ya que la OMA bilateral se ha asociado con mayor severidad y constituye una indicación para el inicio de antibioticoterapia en niños de 6 a 23 meses, incluso en ausencia de otros síntomas graves.

La mayoría de los casos fue atendida por la especialidad de Pediatría (82,7%), mientras que Otorrinolaringología atendió el 14,9% de los pacientes. Esta distribución en los servicios refleja el modelo de atención escalonada del HUSI. La especialidad de Otorrinolaringología probablemente evaluó los casos remitidos por ser percibidos como más complejos, refractarios o recurrentes, mientras que Pediatría mantuvo una alta capacidad resolutiva en el servicio de urgencias.

La mayor proporción de cumplimiento de los criterios diagnósticos de OMA se observó en los pacientes valorados por Otorrinolaringología (81,7%). Este hallazgo podría estar relacionado con una mayor experiencia clínica y con un uso más

Tabla 7. Subgrupos de pacientes "no OMA" según hallazgos clínicos y uso de antibiótico			
Subgrupo "no OMA"	**Uso de antibiótico por subgrupo**	**Fiebre por subgrupo**	**Síntomas respiratorios por subgrupo**
Líquido en oído medio sin inflamación	99/1271 (7,7%)		
	89/99 (89,8%)	69/99 (69,6%)	65/99 (65,6%)
Inflamación sin líquido en oído medio	1125/1271 (88,5%)		
	1077/1125 (96,2%)	873/1125 (77,6%)	830/1125 (73,7%)
Sin inflamación ni líquido en oído medio	47/1271 (3,6%)		
	45/47 (95,7%)	35/47 (74,5%)	34/47 (72,3%)

Tabla elaborada por los autores.

frecuente de herramientas diagnósticas especializadas, como la neumatoscopia. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, dado que la selección previa de pacientes remitidos al servicio especializado introduce un potencial sesgo de referencia. En este contexto, las diferencias observadas entre especialidades podrían reflejar no solo variaciones en la precisión diagnóstica, sino también diferencias en la complejidad clínica y en el proceso de selección de pacientes.

Diagnóstico de OMA

El diagnóstico de la OMA se fundamenta en la evidencia de tres criterios definidos por las GPC nacionales, institucionales (1,5) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) (3): la instauración aguda de signos y síntomas, la presencia de efusión en el oído medio y la evidencia de inflamación. La evaluación retrospectiva de la población en el servicio de urgencias del HUSI reveló inconsistencias significativas en la aplicación de estos estándares:

Cumplimiento de los criterios diagnósticos
El análisis de la muestra total evidenció que solo 1632 (56,2%) de los casos cumplían con los tres criterios establecidos para confirmar el diagnóstico de OMA. Se evidenció que 1271 (43,7%) de los pacientes fueron clasificados como "no OMA", lo que evidenció un alto grado de sobrediagnóstico en el servicio de urgencias del HUSI.

- *Instauración aguda:* el inicio agudo (menos de 48 horas) de signos y síntomas fue el único cumplido por la totalidad de los servicios tratantes, ya que el 100% de los pacientes (2903) presentó este cuadro.
- *Precisión diagnóstica por especialidad*: la especialidad de Otorrinolaringología (ORL) mostró la mayor precisión diagnóstica (81,7%) en la confirmación de OMA, mientras que Pediatría registró un porcentaje de acierto del 51,58%. Esta disparidad sugiere la posibilidad de un sobrediagnóstico significativo por parte de este grupo tratante.

Síntomas inespecíficos
En el grupo de "no OMA" (1271), los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (76,8%) y los síntomas respiratorios (73%). Además, en este grupo, el eritema de la membrana timpánica fue el hallazgo otoscópico más común (58,1% derecho; 53,2% izquierdo). Las diferentes GPC enfatizan que el hallazgo aislado de un tímpano eritematoso no predice el diagnóstico de OMA (1). La alta frecuencia de eritema y síntomas sistémicos en el grupo "no OMA", especialmente en aquellos que solo presentaban signos de inflamación sin líquido en el oído medio (88,5% del grupo "no OMA"), sugiere que el sobrediagnóstico se basó en la interpretación inadecuada del eritema como criterio suficiente para el diagnóstico de OMA.

Neumatoscopia

En el estudio se identificó una baja utilización de la neumatoscopia para el diagnóstico de OMA, reportándose solo en el 12,65% de los casos confirmados. Esta es una herramienta esencial para evaluar la movilidad timpánica y confirmar la efusión en el oído medio, por lo que su uso se recomienda por las principales GPC nacionales e internacionales.

La utilización de neumatoscopia fue considerablemente mayor en el servicio de otorrinolaringología (84%), mientras que pediatría, responsable del 82,7% de los diagnósticos, empleó la neumatoscopia en el 14% de los casos. Estos hallazgos podrían estar relacionados con diferencias en la aplicación de técnicas diagnósticas especializadas, la integración rutinaria de esta técnica en la práctica asistencial o posibles limitaciones en la disponibilidad de herramientas diagnósticas especializadas en el contexto de urgencias. Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la baja frecuencia de neumatoscopia documentada podría reflejar diferencias en las prácticas diagnósticas entre especialidades, limitaciones en su implementación rutinaria o subregistro en la historia clínica electrónica. Adicionalmente, la neumatoscopia forma parte habitual del entrenamiento clínico en otorrinolaringología, mientras que su enseñanza y uso sistemático podrían variar en otros escenarios de formación médica.

Criterios de severidad

La OMA complicada se define como la presencia de un cuadro de OMA diagnosticado clínicamente que cumple con uno o más de los siguientes criterios de severidad: otalgia intensa de duración menor a 48 horas, fiebre superior a 39 °C y/o compromiso bilateral. La identificación y evaluación de estos criterios de severidad resultan esenciales para la instauración del tratamiento adecuado, dado que determinan la indicación y pertinencia del uso de terapia antimicrobiana.

En el presente estudio no se incluyeron los criterios de severidad para pacientes menores de 6 meses de edad, ya que en dicho grupo etario la indicación de tratamiento antibiótico es universal. En consecuencia, los criterios de severidad fueron evaluados exclusivamente en pacientes mayores de 6 meses.

Una vez confirmado el diagnóstico de OMA, se observó que, en el grupo etario de 6 a 24 meses, el 98% de los pacientes presentaron al menos un criterio de severidad y/o otorrea. En los pacientes mayores de 24 meses con OMA confirmada, el 97 % cumplía con al menos un criterio de severidad.

Para la evaluación de severidad clínica, el presente estudio utilizó el criterio de "fiebre", definido como una temperatura mayor a 38 °C, diferente del umbral mayor o igual a 39 °C recomendado por guías internacionales para clasificar la OMA grave. Esta decisión se fundamentó en la alta prevalencia de automedicación y sobredosificación de antipiréticos por parte de los cuidadores en nuestra población, lo que podría enmascarar la temperatura corporal real. El uso de un umbral inferior podría haber incrementado la proporción de pacientes clasificados como cuadros severos y, en consecuencia, aumentar la estimación de pacientes

con indicación de antibioticoterapia. Este aspecto debe tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos relacionados con la adherencia terapéutica y uso de antibióticos en la cohorte estudiada.

Manejo de OMA

Espera vigilante (watchful waiting)

La estrategia de espera vigilante o manejo expectante constituye un pilar fundamental de GPC para la OMA, diseñada para reducir el uso de antibióticos debido a la naturaleza autolimitada de la enfermedad. Se recomienda en pacientes mayores de 24 meses sin síntomas graves ni factores de riesgo, así como en niños de 6 a 23 meses con OMA unilateral no grave. La condición para aplicar la espera vigilante consiste en garantizar seguimiento médico y en iniciar terapia antibiótica si no se observa mejoría o si el cuadro empeora entre 48 y 72 horas.

El análisis de los 2903 pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HUSI evidenció un uso mínimo de esta estrategia. Del total de la población, solo 60 casos (2,1%) recibieron manejo mediante espera vigilante. En el subgrupo de OMA confirmada por criterios diagnósticos (1632), la indicación de manejo expectante fue igualmente baja: solo 26 pacientes (1,5%) implementaron esta estrategia. Al analizar la distribución por especialidad, Otorrinolaringología presentó la mayor proporción de indicación de manejo expectante (6,69%), mientras que Pediatría mostró una implementación considerablemente menor. Aunque el presente estudio no fue diseñado para evaluar factores asociados a la indicación de esta estrategia, los hallazgos obtenidos resaltan la necesidad de futuros estudios orientados a explorar posibles barreras para su implementación en el contexto de urgencias pediátricas.

De la muestra total (2903), únicamente el 54,9% tenía indicación de antibioticoterapia en la primera consulta. El uso reducido de la espera vigilante, sumado al elevado empleo de antibióticos (96,8% de la muestra), sugiere que al menos 1216 pacientes (41,9%) recibieron antibióticos sin necesidad clínica real, lo que evidencia baja adherencia a la recomendación de manejo expectante y un uso excesivo de antibióticos en el servicio de urgencias del HUSI.

Antibiótico de primera línea

De la población total (2903), el 96,8% recibió manejo antibiótico oral (VO). Esta cifra es alta considerando que solo el 54,9% del total de la muestra tenía indicación clínica real de antibiótico en la primera consulta. En los casos de OMA confirmada (1632), la prescripción de antibióticos alcanzó el 97,7%. Incluso en la población "no OMA" (1271), el 95,27% recibió antibiótico, lo que implica un sobretratamiento de al menos 1216 pacientes.

El antibiótico de primera línea más frecuentemente prescrito en el HUSI fue la amoxicilina, lo cual demuestra una alta adherencia a la sustancia activa recomendada por las GPC (**Tabla 8**).

Tabla 8. Frecuencia y tipo de antibiótico de primera línea prescrito

Grupo etario (OMA confirmada)	Pacientes con ATB	Amoxicilina (frecuencia)
Menores de 6 meses (36)	36 (100%)	34 (94,4%)
6 a 24 meses (396)	395 (99,7%)	339 (85,8%)
Mayores de 24 meses (1200)	1163 (96,9%)	1034 (88,9%)

ATB: antibióticos. Tabla elaborada por los autores.

La amoxicilina se recomienda como primera línea a dosis altas de 90 mg/kg al día dividida en dos tomas. Esta recomendación se debe a su efectividad contra los patógenos bacterianos comunes de la OMA, su seguridad, su bajo costo y su espectro microbiológico estrecho.

El segundo antibiótico más utilizado fue la amoxicilina/clavulanato; su prescripción alcanzó el 12,1% en el grupo de 6 a 24 meses y el 8,5% en el grupo de mayores de 24 meses.

En general, la selección del medicamento de primera línea (amoxicilina) en el HUSI refleja una fuerte adherencia al agente farmacológico recomendado por las guías.

Manejo analgésico

En el estudio se evidenció una alta formulación de analgésico ambulatorio en pacientes con OMA confirmada, alcanzando el 97,4%. Este resultado muestra una adecuada adherencia a las guías clínicas, que recomiendan el control del dolor como pilar del tratamiento. Vale la pena evaluar si el pequeño porcentaje sin registro de analgesia podría explicarse por subregistro o manejo previo y sugiere la necesidad de una documentación más completa del tratamiento.

Indicación de control ambulatorio

El control ambulatorio constituye un componente esencial en el seguimiento clínico de la OMA, especialmente en aquellos casos manejados mediante la estrategia de espera vigilante o en pacientes con factores de riesgo para complicaciones. Esto con el fin de evaluar la evolución del cuadro, la persistencia de los síntomas o la necesidad de ajustar el tratamiento antibiótico.

En el presente estudio, se evidenció una alta proporción de formulación de control ambulatorio, alcanzando el 97,5% en los casos de OMA confirmada (1632) y el 95% en la población total. Estos hallazgos sugieren una adecuada adherencia a la recomendación de seguimiento clínico en los servicios de pediatría y otorrinolaringología del HUSI.

Frecuencia de prescripción de antihistamínicos y/o descongestionantes

El uso de antihistamínicos y descongestionantes en el tratamiento de la otitis media aguda (OMA) ha sido ampliamente evaluado en la literatura, sin que exista evidencia que respalde su eficacia para mejorar la resolución del cuadro ni para disminuir la duración de los síntomas. Las GPC internacionales y la Guía Colombiana de Práctica Clínica para OMA desaconsejan su uso rutinario por la falta de beneficio clínico demostrado y el riesgo de efectos adversos asociados.

En el presente estudio se observó que la frecuencia de prescripción de antihistamínicos y/o descongestionantes fue baja, alcanzando el 5,8% en los pacientes con OMA confirmada y el 5,7% en la población total, incluyendo los casos sin diagnóstico confirmado. Este hallazgo refleja una adecuada adherencia a las GPC y sugiere que los servicios tratantes del HUSI han adoptado una conducta prudente frente al uso de estos medicamentos. Aun así, la persistencia de un porcentaje reducido de prescripciones podría explicarse por la coexistencia de síntomas respiratorios altos (presentes en el 73% de los pacientes sin OMA y en una proporción significativa de los casos confirmados). En conclusión, la prescripción de antihistamínicos y descongestionantes en la cohorte estudiada fue mínima, lo que demuestra una adherencia adecuada a las guías.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio evidencian una baja adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la OMA en el servicio de urgencias pediátricas del HUSI. Se observó una alta frecuencia de casos sin cumplimiento completo de los criterios diagnósticos, un uso limitado de herramientas diagnósticas complementarias como la neumatoscopia y una elevada prescripción de antibióticos, incluso en pacientes sin indicación clara de antibioticoterapia según las recomendaciones vigentes. Aunque se evidenció una adecuada adherencia en aspectos específicos del manejo, como la elección de amoxicilina como antibiótico de primera línea y la indicación de seguimiento ambulatorio, los hallazgos del estudio identifican oportunidades de mejora en la precisión diagnóstica, en la implementación de estrategias orientadas al uso racional de antimicrobianos y en el uso de herramientas diagnósticas complementarias como la neumatoscopia. En conjunto, fortalecer la formación clínica y promover el uso sistemático de herramientas diagnósticas especializadas podrían contribuir a mejorar la precisión diagnóstica y la adherencia a las guías de práctica clínica para la otitis media aguda pediátrica en el servicio de urgencias.

Agradecimientos

Agradecemos al Departamento de Estadística del HUSI por permitirnos el acceso a la información.

Financiación

Este estudio no recibió financiación de ninguna entidad pública, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con la elaboración, resultados o publicación de este artículo.

Declaración de autoría

JCO: conceptualización, metodología, supervisión y revisión del manuscrito; PAT: conceptualización, supervisión y revisión del manuscrito; MVC: conceptualización, metodología, recolección de datos y edición del manuscrito; JLE: recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito y divulgación y visualización del resultado; AML: recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito; IMP: recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito; LGT: recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito; MAS: recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito; CAR: recolección y análisis de datos.

Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito, aprobaron la versión final para su publicación y aceptaron la responsabilidad por todos los aspectos del trabajo, garantizando la integridad y exactitud de la información presentada.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HUSI. Se garantizó el anonimato de los pacientes mediante la codificación de las historias clínicas, eliminando cualquier dato identificativo (nombres o documentos) de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales. El presente estudio no implica ningún riesgo para el individuo, según lo descrito en el artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de las "Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en Salud" y cumple con las Declaraciones de Helsinki.

REFERENCIAS

1. Ospina-García JC, Téllez-Cortés PA, Baquero-Hoyos MM, Hernández-González S, Macías-Tolosa C, Jiménez-Fandiño LH, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de otitis media aguda. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2024;52(4):5 https://doi.org/10.37076/acorl.v52i4.834
2. 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. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035343
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(3):e964–e999. https://doi.org/10.1542/peds.2012-3488
4. Choi S-Y, Yon D-K, Choi Y-S, Lee J, Park K-H, Lee Y-J, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Otitis Media. Viruses. 2022;14(11):2457. https://doi.org/10.3390/v14112457
5. Ospina, JC. Mantilla, N. Márquez, JM. Soler, AM. Baquero, MM. Guía para el manejo de la otitis media en niños (2015). Hospital Universitario San Ignacio.
6. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM Jr, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010–2011.

JAMA. 2016;315(17):1864-73. doi: 10.1001/jama.2016.4151.
7. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD000219. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000219.pub4
8. Shaikh N, Hoberman A, Rockette HE, Kurs-Lasky M, Paradise JL. Otoscopic signs of otitis media. Pediatr Infect Dis J. 2011;30(10):822–6. https://doi.org/10.1097/INF.0b013e31822e6637
9. Pichichero ME. Diagnostic accuracy of otitis media and tympanocentesis skills assessment among pediatricians. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2003;22(9):519-24. https://doi.org/10.1007/s10096-003-0981-8
10. Lieberthal AS, Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Shaikh N. Watchful waiting for acute otitis media: are parents and clinicians ready? Pediatrics. 2016;138(4):e20161284. https://doi.org/10.1542/peds.2021-055613