



Guía completa para familias

Esta guía está basada en las recomendaciones actuales de la Guía ABE (2023), el Documento de Consenso sobre OMA de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), las guías de práctica clínica de la Academia Americana de Pediatría (AAP), y la revisión Cochrane (2025) sobre drenajes transtimpánicos.

No sustituye la valoración de un profesional sanitario, pero sí puede ayudarte a entender mejor qué está pasando, actuar con más seguridad y saber cuándo realmente es urgente.

¿Qué es la otitis y por qué aparece?

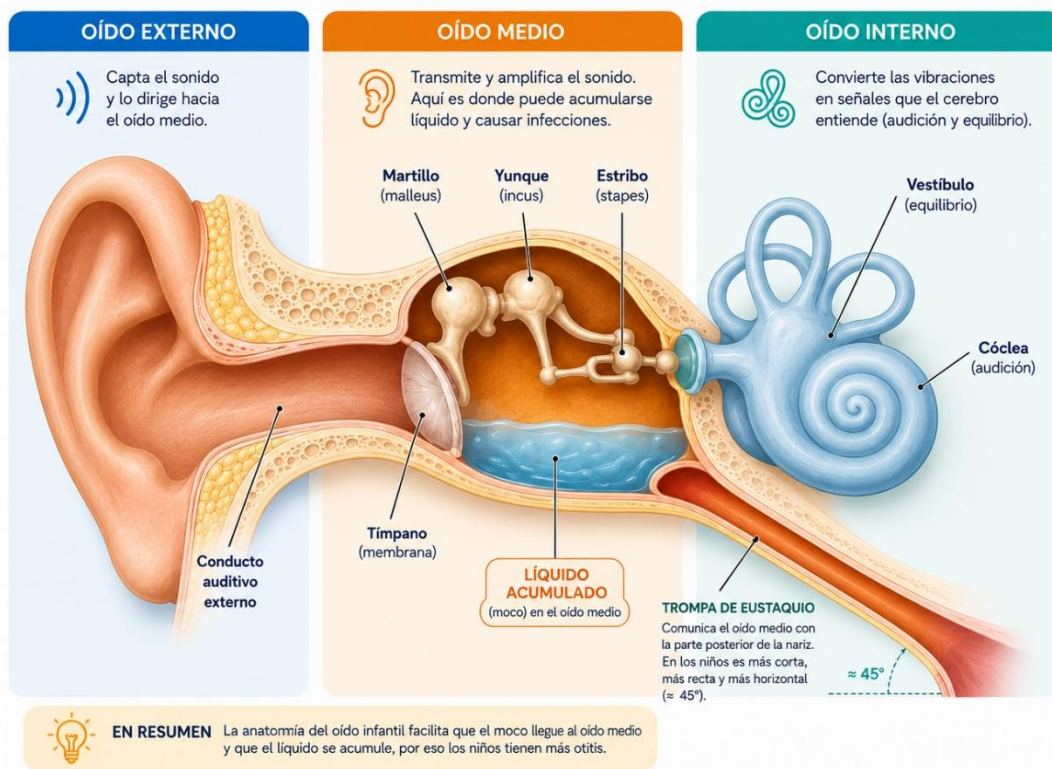
El oído se divide en tres partes: **externo, medio e interno**. Cuando hablamos de otitis en los niños, casi siempre nos referimos a la **otitis media aguda (OMA)**: una infección del oído medio, el pequeño espacio lleno de aire que hay justo detrás del tímpano.

El oído medio está conectado con la nariz y la garganta a través de **la trompa de Eustaquio**, un tubo estrecho que en los niños es más horizontal y más corto que en los adultos, lo que facilita que el moco y las bacterias suban desde las vías respiratorias hacia el oído.

Cuando un catarro inflama esa trompa, el líquido queda atrapado en el oído medio. Si ese líquido se infecta, aparece la otitis.

Así es el oído de tu hijo (y por qué tiene más otitis)

En los niños, la trompa de Eustaquio es más corta, más recta y más horizontal. Esto facilita que el moco y los gérmenes lleguen al oído medio y que se acumule líquido.



Esto explica por qué la otitis media es tan frecuente en los primeros años de vida: los niños tienen más catarros, la trompa de Eustaquio es anatómicamente más vulnerable, y **el sistema inmune todavía está en desarrollo**.

No todas las otitis son iguales

Conocer los tipos ayuda a entender por qué el tratamiento no siempre es el mismo.

Otitis media aguda (OMA)

Es la más frecuente y la que más preocupa a las familias. Aparece de forma brusca con **dolor de oído**, **irritabilidad**, **llanto** (especialmente por la noche, cuando la presión aumenta al tumbarse), y a menudo con **fiebre**. Es la que nos ocupa principalmente en esta guía.

Otitis media con efusión (otitis serosa o "pegajosa")

Hay líquido acumulado en el oído medio, pero sin signos activos de infección. No duele, no hay fiebre. El niño puede notar que oye peor o puede no notar nada. Es muy frecuente tras una OMA o un catarro prolongado.

La gran mayoría **se resuelve sola en semanas o pocos meses**, sin necesidad de tratamiento.

Otitis media recurrente

Se habla de **otitis recurrente** cuando el niño tiene tres o más episodios de OMA en seis meses, o cuatro o más en un año. Requiere seguimiento más estrecho y, en algunos casos, valoración por ORL.

Otitis externa

A diferencia de las anteriores, no ocurre en el oído medio sino en el **canal auditivo externo**, la parte visible que va desde la oreja hasta el tímpano. Su causa no son los catarros sino **la humedad, el agua acumulada o pequeñas lesiones** en el canal.

El síntoma más característico es el dolor al tirar del pabellón auricular o al presionar delante de la oreja. El tratamiento es completamente diferente a la otitis media.

	 ¿Qué es?	 ¿Duele?	 ¿Fiebre?	 ¿Antibiótico?
 OMA	Infección del oído medio	Sí, intenso	Frecuente	Solo si hay criterios
 Otitis serosa	Líquido sin infección activa	No	No	No
 Otitis recurrente	3+ episodios en 6 meses	Variable	Variable	Valorar ORL
 Otitis externa	Infección del canal externo	Sí, al tocar la oreja	Rara	Gotas tópicas

¿Por qué no siempre hace falta antibiótico?

Esta es, probablemente, la pregunta que más confusión genera en las familias. Y entenderla bien marca la diferencia.

La **otitis media aguda** puede ser causada tanto por virus como por bacterias. Los virus participan en la gran mayoría de los episodios, especialmente como desencadenantes: el catarro vírico inflama la trompa, el líquido queda atrapado y el oído medio se convierte en un caldo de cultivo.

En más de la mitad de los casos, **las bacterias terminan colonizando ese líquido**, siendo las más frecuentes el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y la *Moraxella catarrhalis*.

Pero aquí viene la clave: **incluso cuando hay bacterias, el sistema inmune del niño resuelve la infección por sí solo en la gran mayoría de los casos**. La tasa de curación espontánea de la OMA es de **alrededor del 80% en los niños mayores de dos años** con buen estado general.

Además, el antibiótico no elimina el dolor en las primeras 24 horas, y a partir del segundo o tercer día su beneficio es modesto.



Se ha visto que, para cada niño que se beneficia del antibiótico, muchos otros lo toman sin necesidad, exponiéndose a **efectos adversos** (diarrea, reacciones alérgicas) y contribuyendo al problema global de las **resistencias bacterianas**.

Por todo esto, las guías clínicas actuales —tanto europeas como americanas— recomiendan una estrategia de **espera vigilante** en los casos sin factores de riesgo: **no dar antibiótico de entrada**, pero sí hacer un seguimiento cercano y revisar si el niño no mejora en 48-72 horas.

Esto, que para mucha gente podría parecer un descuido médico, por no recetar antibiótico, es exactamente **lo que dice la evidencia**.

Cuando sí se da antibiótico de inmediato

La espera vigilante no es para todos los casos. Hay situaciones en las que el antibiótico debe iniciarse sin demora:

- **Niños menores de 6 meses**, siempre, independientemente de la gravedad aparente.
- **Niños de 6 meses a 2 años con otitis bilateral** (los dos oídos a la vez).
- **Presencia de otorrea**: si sale líquido por el oído, hay perforación timpánica y la infección está activa.
- **OMA grave**: fiebre igual o superior a 39°C, dolor intenso de oído o dolor que dura más de 48 horas, o afectación del estado general.
- **Niños con inmunodeficiencia** u otras enfermedades crónicas de base.
- **Cuando no es posible garantizar un seguimiento adecuado** en las próximas 48-72 horas.

Si ninguna de estas circunstancias está presente en un niño mayor de dos años, es razonable esperar observando, siempre con la posibilidad de iniciar el antibiótico si la situación empeora.

El **antibiótico de elección** es la **amoxicilina a dosis altas** (80-90 mg/kg/día), que es eficaz frente a los principales gérmenes causantes y tiene un excelente perfil de seguridad. Si hay fallo terapéutico a las 48-72 horas (no se aprecian cambios a mejor) o existen factores de riesgo adicionales, se recurre a la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico.

La duración del tratamiento es **de 5-7 días en mayores de 2 años**, y de **7-10 días en menores de 2 años** o en casos con **tímpano perforado**.

Lo primero siempre: el dolor

Independientemente de si se decide dar antibiótico o no, el **tratamiento del dolor es prioritario desde el primer momento**. Una OMA duele, y aliviar ese dolor es parte fundamental del manejo.

Ibuprofeno es la primera opción en niños mayores de 3 meses y con más de 6 kg de peso. Tiene efecto tanto analgésico como antiinflamatorio, lo que lo hace especialmente útil en este contexto.

Paracetamol es una alternativa válida cuando el ibuprofeno está contraindicado o no se tolera bien.



Calor local suave (un paño templado sobre la oreja) puede aliviar el dolor como medida complementaria en casa.

Lo que **no debe usarse**:

- **Antihistamínicos y descongestivos orales:** no tienen ningún beneficio demostrado en la OMA y sí tienen efectos adversos, especialmente en menores de 2 años.
- **Gotas óticas antibióticas con tímpano íntegro:** si la otitis es media, no llegan al oído medio y por tanto no son eficaces. Solo tienen sentido en una otitis externa.
- **Antibiótico preventivo en niños con otitis recurrente:** no está recomendado por las guías actuales; los riesgos superan a los beneficios.

La otitis recurrente: cuándo preocuparse de verdad

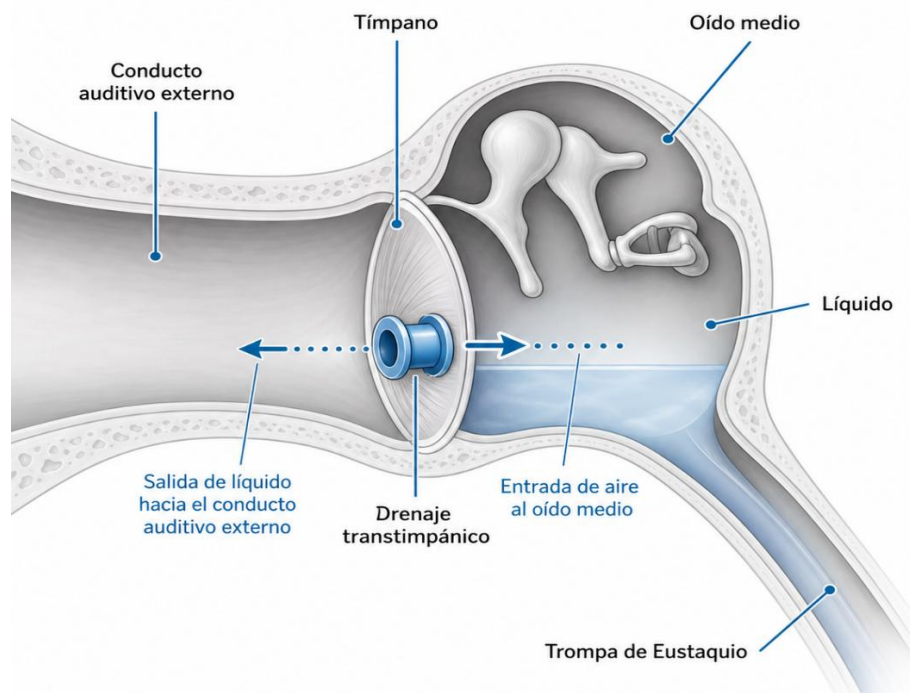
Que un niño tenga otitis no es raro. Que las tenga una y otra vez sí merece una valoración más detenida.

Se habla de **otitis media recurrente** cuando hay tres o más episodios en seis meses, o cuatro o más en un año. Es más frecuente en niños que acuden a escuela infantil, expuestos al humo del tabaco, que toman biberón en posición horizontal, o que tienen hipertrofia de adenoides o malformaciones craneofaciales.

El principal riesgo de la otitis recurrente no es la infección en sí, sino la acumulación crónica de líquido en el oído medio que puede provocar una **pérdida auditiva transitoria**.

En la mayoría de los casos, esta pérdida auditiva se recupera cuando el líquido desaparece. Sin embargo, si persiste durante meses en un niño en pleno desarrollo del lenguaje, puede tener consecuencias sobre el habla y la comunicación.

En casos seleccionados, el ORL (otorrino) puede valorar la colocación de **drenajes transtimpánicos (DTT)**, pequeños tubos que se insertan quirúrgicamente en el tímpano para permitir que el líquido drene y el oído medio se ventile.



Su principal beneficio es la mejora de la audición a corto plazo. Sin embargo, la revisión Cochrane de 2025 es clara: el beneficio de los drenajes tiende a

desaparecer a los 12-18 meses, momento en que muchos niños sin cirugía también mejoran espontáneamente.

Además, existe un riesgo de perforación timpánica persistente de **entre el 0% y el 12% según los estudios**. Por eso, la indicación debe valorarse caso a caso, de forma individualizada, con el especialista.

Señales de alarma: cuándo ir a urgencias

La otitis, en la gran mayoría de los casos, se resuelve en casa con analgesia y seguimiento. Pero hay señales que requieren valoración urgente:

- **Enrojecimiento, hinchazón o dolor intenso detrás de la oreja:** puede indicar mastoiditis, una complicación poco frecuente, pero seria, que requiere atención inmediata.
- **Dolor muy intenso que no cede con analgesia correcta y a las dosis adecuadas.**
- **Fiebre alta persistente más de 48-72 horas** a pesar del tratamiento.
- **Cuello rígido, somnolencia extrema o dificultad para despertar:** son señales de alarma general ante cualquier infección en un niño.
- **Otorrea** (líquido saliendo por el canal auditivo): indica perforación timpánica. No es una emergencia en sí misma, pero requiere valoración ese mismo día o al día siguiente.
- **Cualquier fiebre en menores de 3 meses**, aunque sea leve.

 Situación	 ¿Qué hacer?
 Niño mayor de 6 meses, con estado general bueno	 Analgesia + esperar 48-72 h
 Menor de 6 meses	 Antibiótico siempre
 Otitis bilateral o recurrente	 Antibiótico
 Dudas/otorragia u otorrea	 Valoración
 Fracaso (sin mejoría 48-72 h)	 Cambio de tratamiento
 Criterios de hospitalización	 Valoración específica

Prevención: lo que sí tiene evidencia

No todo puede prevenirse, pero hay medidas con respaldo científico sólido:

Lactancia materna: es el factor protector con más evidencia. Los anticuerpos presentes en la leche materna reducen significativamente el riesgo de OMA, especialmente durante los primeros seis meses de vida. Cuanto más tiempo se mantiene la lactancia, mayor es el efecto protector.

Vacunación: la vacuna **antineumocócica** conjugada (Prevenar) reduce el riesgo de OMA causada por los serotipos incluidos en la vacuna. La vacuna de la **gripe** también disminuye el número de episodios, dado que la gripe es uno de los virus que más frecuentemente desencadena otitis.

Evitar el humo del tabaco: el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo independiente y bien documentado. Los niños expuestos al humo tienen más episodios de OMA y más otitis recurrente.

Posición al dar el biberón: no dar el biberón al niño tumbado boca arriba. La leche puede refluir hacia la trompa de Eustaquio y facilitar la infección. Sostener al bebé en posición semi-incorporada durante las tomas reduce este riesgo.

Escuela infantil: la asistencia a escuela infantil, especialmente **antes de los dos años**, aumenta el riesgo de otitis recurrente porque multiplica la exposición a virus respiratorios.

Esto no significa que haya que evitar la escuela infantil, pero sí explica por qué algunos niños tienen más episodios que otros. No es que estén "más enfermos", es que están más expuestos.

Preguntas frecuentes

¿El agua puede entrar en el oído con otitis media?

Si el tímpano está intacto, **el agua no llega al oído medio**. Bañarse o ducharse con OMA no está contraindicado. Si hay perforación timpánica (otorrea), sí se recomienda proteger el oído del agua hasta que se compruebe que el tímpano ha cicatrizado.

¿Hay que hacer una revisión del oído después de la otitis?

No de forma rutinaria en todos los casos. Solo es necesario **si los síntomas no mejoran**, si hay factores de riesgo de **otitis recurrente**, o si el pediatra lo indica expresamente.



¿La otitis puede provocar sordera?

La pérdida auditiva asociada a la **otitis media serosa** es transitoria en la gran mayoría de los casos y se recupera cuando el líquido desaparece.

Una pérdida auditiva permanente por otitis es muy poco frecuente y ocurre en contextos específicos, como **infecciones muy graves o no tratadas**, o complicaciones como el colesteatoma.

¿Se puede ir al cole o la escuela infantil con otitis?

Sí, si el niño **se encuentra bien y la fiebre está controlada**. La otitis media no es motivo de exclusión escolar.

¿Por qué a mi hijo siempre le duele el oído de noche?

La presión en el oído medio aumenta **cuando el niño se tumba**, porque el líquido no drena tan bien en posición horizontal. Por eso el dolor suele empeorar al acostarse. No es señal de mayor gravedad, pero sí puede ser **muy incómodo**. La analgesia nocturna bien pautada ayuda a pasar mejor la noche.

Fuentes y base científica

Esta guía está basada en:

- **Guía ABE — Otitis media aguda** (Guía de terapia antibiótica basada en la evidencia, actualización noviembre 2023)
- **Documento de Consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda** — SEIP / AEPap / SEPEAP (actualización 2023)
- **Algoritmo de manejo de la OMA** — AEPap (Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria)
- **Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Acute Otitis Media** — Academia Americana de Pediatría (AAP, revisada 2013, vigente con actualizaciones posteriores)
- **Acute Otitis Media** — Pediatrics in Review, American Academy of Pediatrics (febrero 2025)
- **New insights into the treatment of acute otitis media** — PMC / NIH (2023)
- **Ventilation tubes (grommets) for otitis media with effusion in children** — Revisión Cochrane (abril 2025)
- **Anatomy, Head and Neck, Ear Eustachian Tube** — StatPearls, NCBI/NIH (2023)
- **Middle ear: Anatomy, relating structures** — Kenhub (2021)

Esta guía puede ser impresa, guardada y compartida libremente para uso familiar y educativo. Si eres profesional sanitario o docente y quieres usarla en un contexto clínico o educativo, puedes hacerlo citando la fuente.

© Armando Bastida Torres — Enfermero Pediátrico — @armandobastidaep

www.criarconsentidocomun.com