Estudio
OTOPREVENT

Sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis en la población pediátrica

ORDESA

www.ordesalab.com

©LABORATORIOS ORDESA S.L. 2021

Reservados todos los derechos.
Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

ISBN: 978-84-09-32646-4

Material dirigido al profesional de la salud.

Índice

1. Introducción 4

2. Justificación 4

3. Objetivos 4

4. Diseño del estudio 5

5. Consideraciones estadísticas 5

6. Resultados 6

6.1. Cuestionario de opinión y práctica clínica 6

6.1.1. Características de los profesionales sanitarios 6

6.1.2. Patología y procedimientos diagnósticos 7

6.1.3. Tratamiento y prevención 10

6.2. Cuestionario sobre Imunoglukan P4H® 17

7. Discusión 20

8. Conclusiones 23

9. Bibliografía 25

1. Introducción

La inflamación del oído en lactantes y niños de corta edad es uno de los motivos más frecuentes de consulta en el ámbito de la pediatría.

En muchas ocasiones se trata de procesos autolimitados, por lo que los criterios sobre el tratamiento de diversas patologías, como es el caso de la otitis media, se han ido matizando con la finalidad de reducir la utilización de tratamientos farmacológicos, como los antibióticos.

Se estima que la **otitis media aguda** (inflamación del oído medio, localizada en la parte posterior del tímpano) es el **principal motivo de prescripción de antibióticos en pediatría** [1]. En España, se considera que más del 80% de niños con otitis reciben antibióticos como tratamiento de primera línea.

En este contexto, los productos que puedan contribuir a ayudar a prevenir la aparición de otitis, así como a la reducción del dolor causado por la misma sin acarrear riesgos adicionales constituyen una herramienta terapéutica útil, tanto en monoterapia como en forma de tratamiento adyuvante ayudando a reducir el uso en ocasiones excesivo de antibióticos.

Entre los productos para favorecer el correcto funcionamiento del sistema inmune y prevenir la aparición de infecciones respiratorias de las vías altas destaca **Imunoglukan P4H®**, innovador complemento alimenticio de origen natural elaborado a partir del betaglucano Imunoglukan y vitamina C.

Resulta de especial interés en aquellas circunstancias en las que se requiere un correcto funcionamiento de las defensas, como son la incorporación y convivencia con otros niños en parvularios y escuelas, en el caso de la edad pediátrica, el inicio de las épocas de frío y los cambios bruscos de temperatura (periodos en los que aumentan las infecciones respiratorias de repetición), o las etapas de actividad intensa física o mental [2].

La suspensión oral, facilita la utilización y dosificación en los niños de corta edad, y permite adecuar la dosis en función del peso del niño, mientras que las cápsulas, de mayor concentración, pueden ser utilizadas tanto en niños a partir de la edad escolar, adolescentes como por el resto de la familia.

2. Justificación

En este contexto, resulta de interés conocer:

I. La **actitud terapéutica en el abordaje de la otitis por parte de los profesionales de la salud** (pediatras y otorrinolaringólogos).

II. **El perfil de los pacientes pediátricos con infecciones de oído** que se benefician de un **tratamiento preventivo con Imunoglukan P4H®**.

3. Objetivos

- Recabar información sobre los hábitos de tratamiento y la actitud terapéutica de los facultativos en el manejo de las otitis, tanto la otitis media aguda, como las otitis recurrentes.
- Conocer el perfil del paciente pediátrico al que se le indica el producto **Imunoglukan P4H®**, indicado para la prevención de la otitis media aguda (OMA).

4. Diseño del estudio

Estudio observacional y multicéntrico. Los participantes se seleccionaron a partir de usuarios del producto de estudio, a los que se invitó a participar en la presente recogida de datos.

El método de valoración se realizó mediante un **cuestionario estructurado en dos partes:**

- **Cuestionario de opinión y práctica clínica,** en el que el especialista (pediatra u otorrinolaringólogo) aportaba información general sobre los pacientes pediátricos con infecciones de oído que acudían habitualmente a su consulta.
- **Registro retrospectivo de casos,** en el que el especialista introducía información específica referente a 6 pacientes pediátricos a los que hubiera recomendado **Imunoglukan P4H®** para potenciar el correcto funcionamiento de las defensas naturales y la prevención de las otitis.

El especialista en pediatría u otorrinolaringología rellenaba el cuestionario de opinión y práctica clínica. Asimismo, a medida que atendía a pacientes a quienes recomendaba **Imunoglukan P4H®**, registraba los datos solicitados en el cuaderno de recogida de datos. El cuestionario de pacientes ya atendidos se registró de forma retrospectiva.

5. Consideraciones estadísticas

Los datos de los médicos incluidos en el estudio se obtuvieron de forma anonimizada y confidencial.

En ningún caso los datos missing se imputaron a partir de datos disponibles.

Además, se realizaron los siguientes subanálisis:

- Según el centro donde visita el médico (público vs. privado).
- Según la edad mediana del médico (≤55 años vs >55 años).

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la media y la desviación estándar para las variables continuas, y las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Para la comparación entre los grupos comparados se emplearon las siguientes pruebas estadísticas según la naturaleza de las variables:

- Las variables binarias se compararon mediante la prueba de Exacta de Fisher.
- Los datos independientes en los datos cuantitativos se compararon por medio de una prueba t de Student.
- Las variables ordinales se compararon mediante la prueba de Exacta de Mantel-Haenszel.

Se calculó la significación estadística (p-valor) de las diferencias entre los grupos comparados. No se realizaron ajustes para controlar el error de tipo I a pesar de presentar multiplicidad.

6. Resultados

Se recogieron datos de un total de **108 especialistas,** cada uno de los cuales debía completar la **ficha retrospectiva de 6 pacientes** y unas **5 recomendaciones.**

Para cada variable se indica la muestra analizada (N), ya que algunos datos fueron desconocidos porque no fueron contestados en el cuaderno de recogida de datos.

A partir de la información recopilada, el desarrollo de los **resultados se estructura de la siguiente forma:**

- **Cuestionario de opinión y práctica clínica** con información relativa a:
  - **las características generales de los profesionales** de la salud para clasificar a los facultativos participantes,
  - **las patologías y procedimientos diagnósticos** para conocer la incidencia de la patología y el método diagnóstico empleado antes de pautar un tratamiento,
  - **la actitud terapéutica y de prevención** en el abordaje de las infecciones de oído por parte de los especialistas.
- **Cuestionario específico sobre Imunoglukan P4H®** (derivado de datos del registro retrospectivo).

A lo largo de los resultados del estudio, y cuando resulte de especial interés, se presentan **datos relativos a los subanálisis** en función del **centro de trabajo** del especialista (público o privado) y de la **edad** de este (punto de corte 55 años).

6.1. Cuestionario de opinión y práctica clínica

Los datos obtenidos por el cuestionario de **opinión y práctica clínica para el abordaje de las infecciones de oído** se recogen a continuación.

6.1. 1. Características de los profesionales sanitarios

El 64,8% de los facultativos del estudio fueron hombres **(Figura 1)** y la edad media de los participantes fue de 53,8 ± 9,4 años. Se realizó un subanálisis de los datos según el centro donde visitaba el profesional y, en ese caso, la edad media de los participantes fue estadísticamente diferente: edad de los trabajadores en centro privado 55,4 ± 9,1 años vs. centro público 51,7 ± 9,3 años (p=0,0442).

Las provincias españolas con mayor representación fueron Madrid y Valencia (15,1% en ambos casos), seguido de Barcelona (13,2%).

La gran mayoría (89,6%) de los médicos encuestados eran especialistas en pediatría **(Figura 2)** y, más de la mitad (56,6%), trabajaban en un centro privado **(Figura 3).**

Figura 1

Género de los profesionales de la salud participantes. N=105.

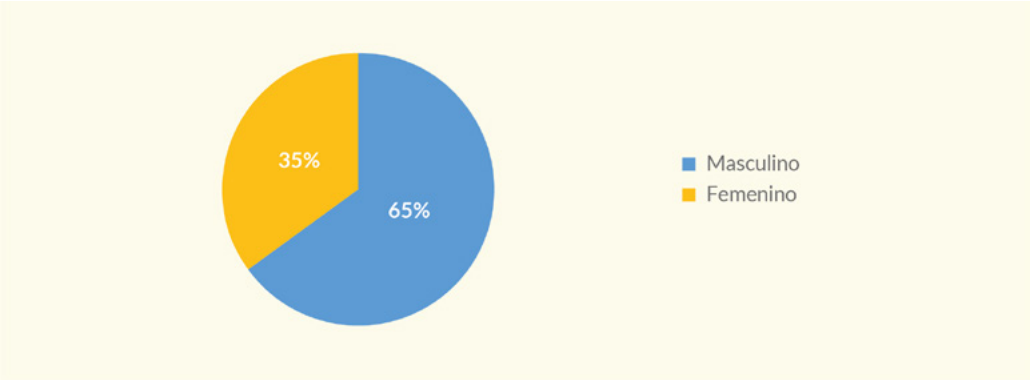


Figura 2

Especialidad médica de los profesionales de la salud participantes. N=106.

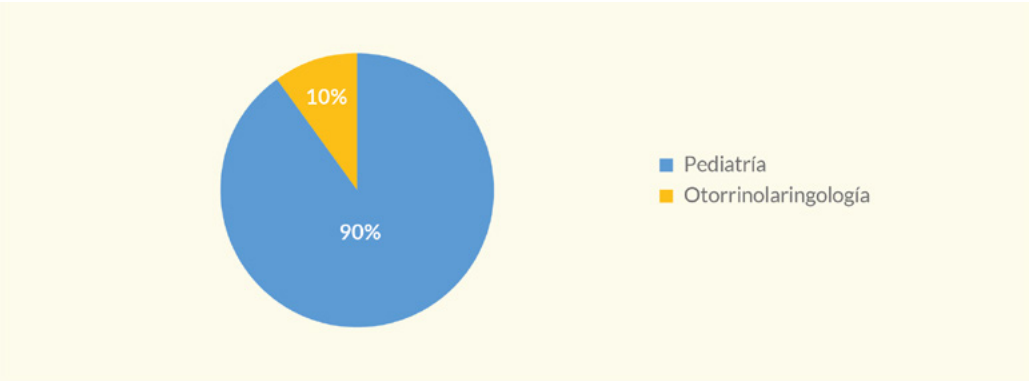
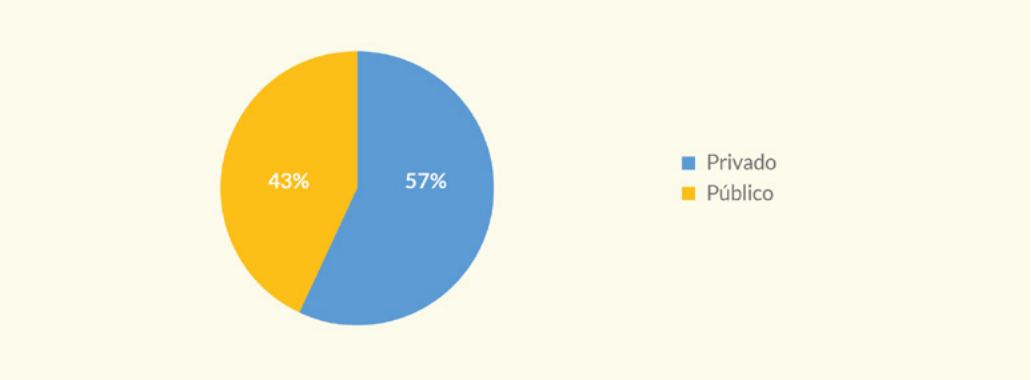


Figura 3

Centro de trabajo de los profesionales de la salud participantes. N=106.

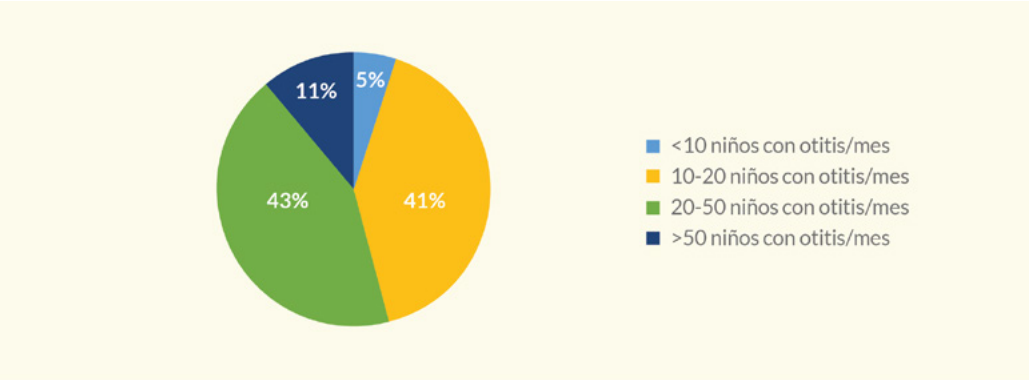


6.1. 2. Patología y procedimientos diagnósticos

Se preguntó a los especialistas a cuántos **niños con otitis atendían al mes**. Generalmente, las respuestas más prevalentes fueron entre 20 – 50 niños en un 43,4% de los casos y entre 10 – 20 niños en un 40,6% de los casos. Un 11,3% de las consultas contabilizaron más de 50 niños al mes con esta dolencia **(Figura 4).**

Figura 4

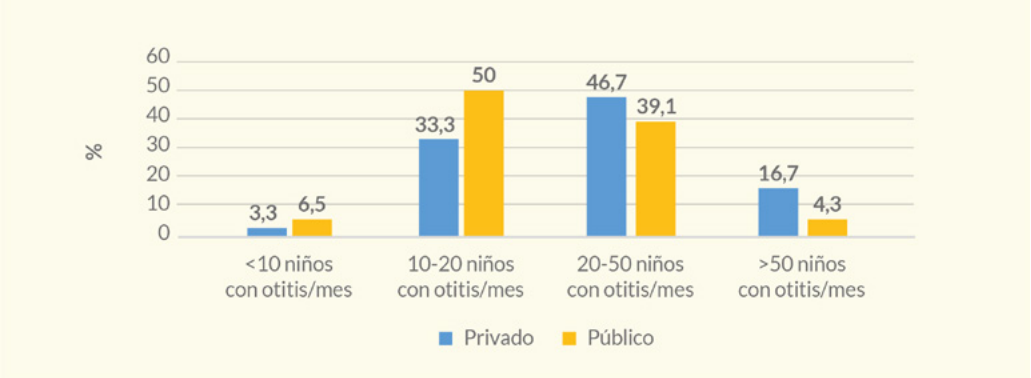
Niños atendidos al mes en las consultas de los médicos encuestados. N=106.



En un **subanálisis,** se analizó esta misma variable **según el centro de trabajo** de los profesionales y se obtuvieron diferencias con peso estadístico (p=0,0181) **(Figura 5)**. Así, la atención a pacientes con otitis más elevada en los centros privados osciló entre 20 – 50 niños al mes (46,7%), mientras que en los centros públicos la respuesta más prevalente correspondió a 10 – 20 niños al mes (50%).

Figura 5

Niños atendidos al mes en las consultas de los médicos encuestados según el centro de trabajo. N=106 (N=60 privado; N=46 público).

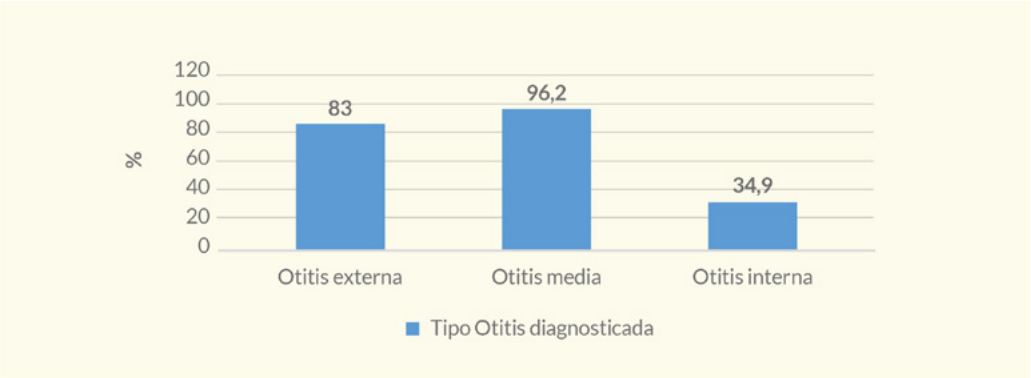


Asimismo, los profesionales de la salud respondieron acerca de los **tipos de otitis que diagnosticaban,** situándose la otitis media en primera posición (96,2% de los facultativos la diagnosticaban), seguida de la externa (83%) y, finalmente, la interna (34,9%) **(Figura 6).**

Posteriormente, indicaron un **valor aproximado para cada uno de los distintos tipos de otitis** respecto al total, confirmándose, de nuevo, el diagnóstico prevalente de la otitis media. Así, los profesionales que diagnosticaban otitis externa la estimaban en un 30,8 ± 22,9% de todas las otitis, la otitis media en un 63,3 ± 24,9% y la interna en un 8,3 ± 7,0%.

Figura 6

Tipo de otitis diagnosticada por los facultativos. N=106. Posibilidad de multirrespuesta.

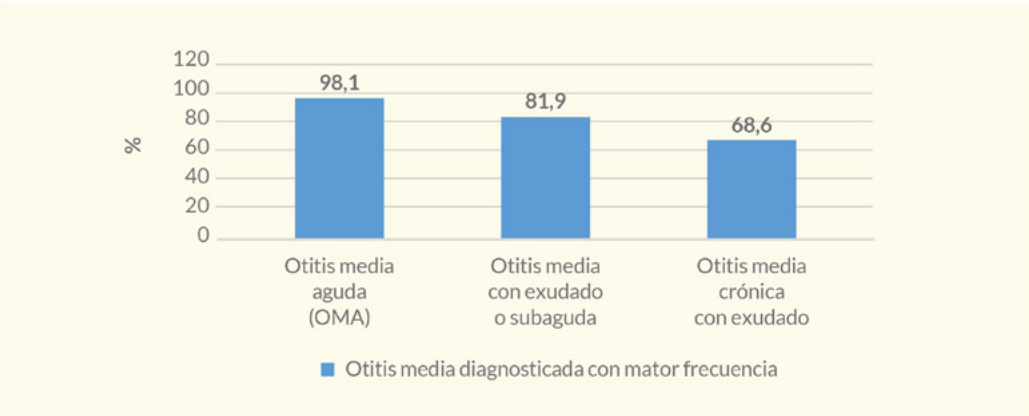


A continuación, se abordaron los **distintos subtipos de otitis media.** En este caso, la otitis media aguda (OMA) obtuvo un 98,1% de las respuestas, seguida de la otitis media con exudado o subaguda (81,9%) y la otitis media crónica con exudado (68,6%) **(Figura 7).**

Nuevamente, los profesionales valoraron la frecuencia diagnóstica de los subtipos anteriores. Los diagnósticos de OMA se estimaron en un 59 ± 22,0% de todas las otitis medias, la otitis media con exudado o subaguda en un 27,5 ± 16,9% y la otitis media crónica con exudado en un 15,7 ± 13,9%.

Figura 7

Tipo de otitis media diagnosticada con mayor frecuencia. N=105.
Posibilidad de multirrespuesta.

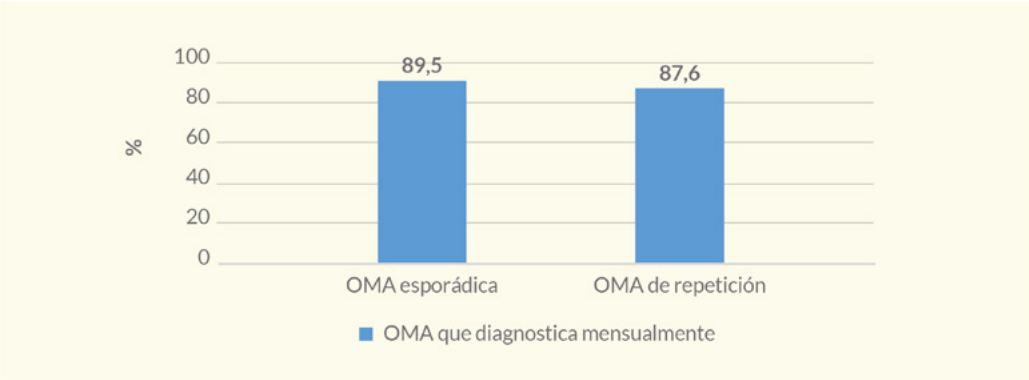


Dentro de las **OMA,** se estudió la **periodicidad esporádica o de repetición.** Tal y como puede apreciarse en la siguiente ilustración **(Figura 8),** no se observaron diferencias en la frecuencia mensual entre ambos subtipos (89,5% vs. 87,6%).

En este caso, los especialistas estimaron la OMA mensual con patrón esporádico en un 55,6 ± 23,7% y la de repetición en un 45,8 ± 23,4%.

Figura 8

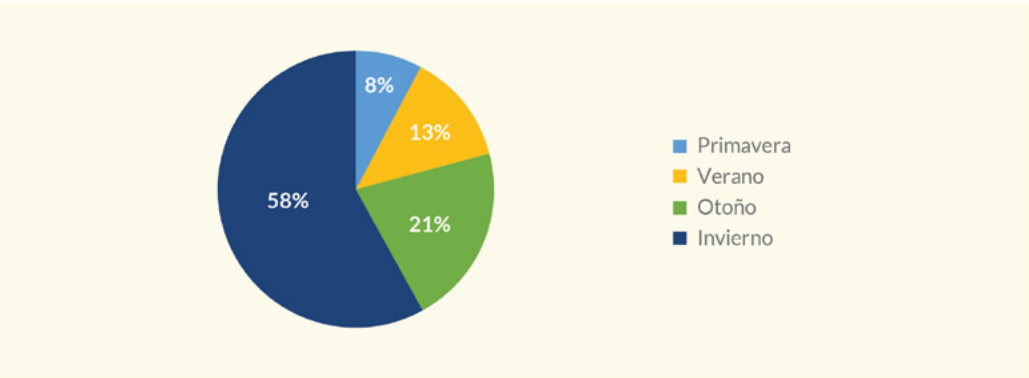
Tipos de OMA diagnosticados con más frecuencia. N=105.
Posibilidad de multirrespuesta.



Los profesionales de la salud encuestados indicaron en qué **periodo del año encontraban más frecuencia de OMA** y, más de la mitad de las respuestas (57,7%), apuntaron al invierno, seguido del otoño (21,2%) **(Figura 9).**

Figura 9

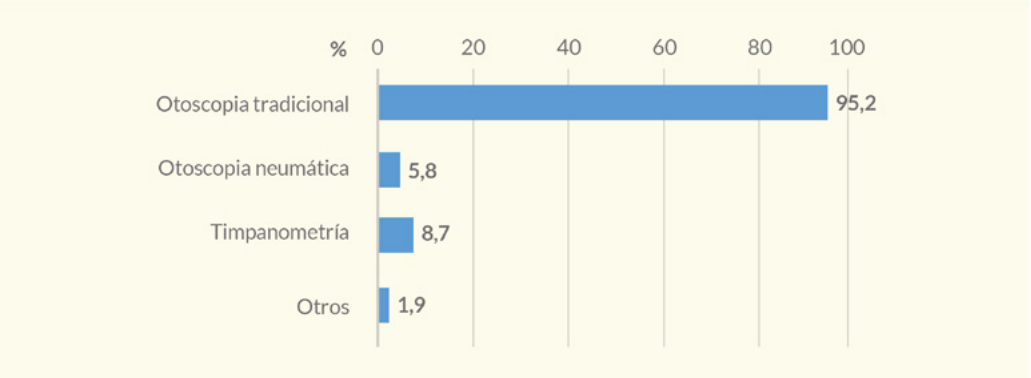
Periodo del año con más frecuencia de OMA. N=104.



La otoscopia tradicional fue el **procedimiento más utilizado para el diagnóstico de la OMA** llegando a alcanzar un valor del 95,2%, situándose a mucha distancia de otros procedimientos, como la timpanometría y la otoscopia neumática **(Figura 10).**

Figura 10

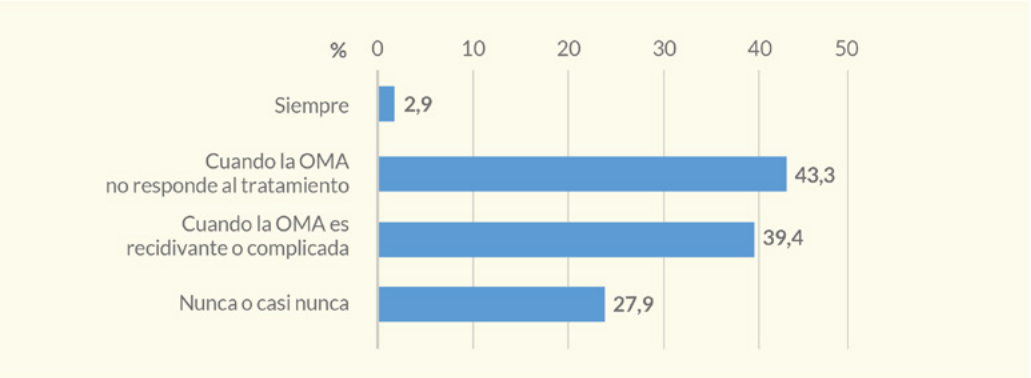
Procedimientos utilizados para el diagnóstico de la OMA. N=104.
Posibilidad de multirrespuesta.



Finalmente, los encuestados indicaron si tomaban **muestras de la secreción para realizar cultivo microbiológico en casos de OMA.** Casi un 28% de las respuestas fueron de carácter negativo; los motivos por los que los facultativos tomaban muestra eran la no respuesta al tratamiento (43,3%) o bien cuando la OMA era recidivante o complicada (39,4%). Casi un 3% realizaba siempre el cultivo en los pacientes con OMA **(Figura 11).**

Figura 11

Toma de muestras de la secreción para cultivo microbiológico. N=104.
Posibilidad de multirrespuesta..

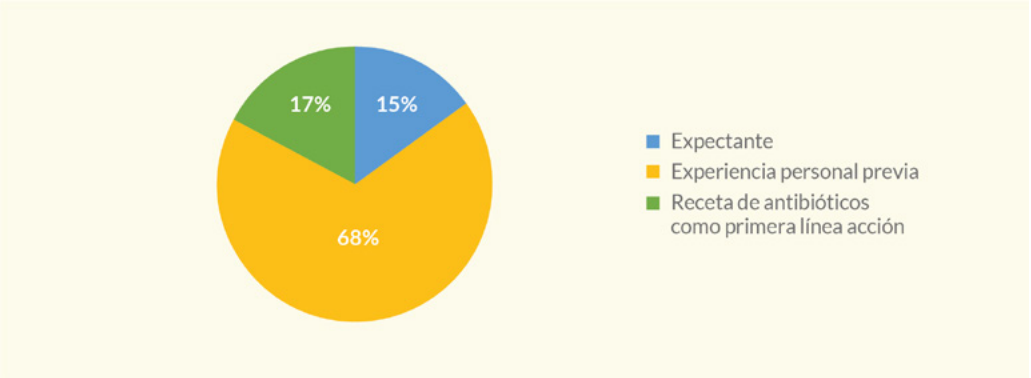


6.1.3. Tratamiento y prevención

Tras un diagnóstico de una OMA, no grave, no bilateral y sin otorrea, los profesionales tuvieron que considerar su **actitud frente a la utilización de antibióticos.** Tal y como se recoge a continuación, la experiencia previa personal fue la opción más repetida por los encuestados (68,3%). Ante este diagnóstico, un 14,4% se decantó por mantenerse expectante y un 17,3% por recetar antibióticos como primera línea de acción **(Figura 12).**

Figura 12

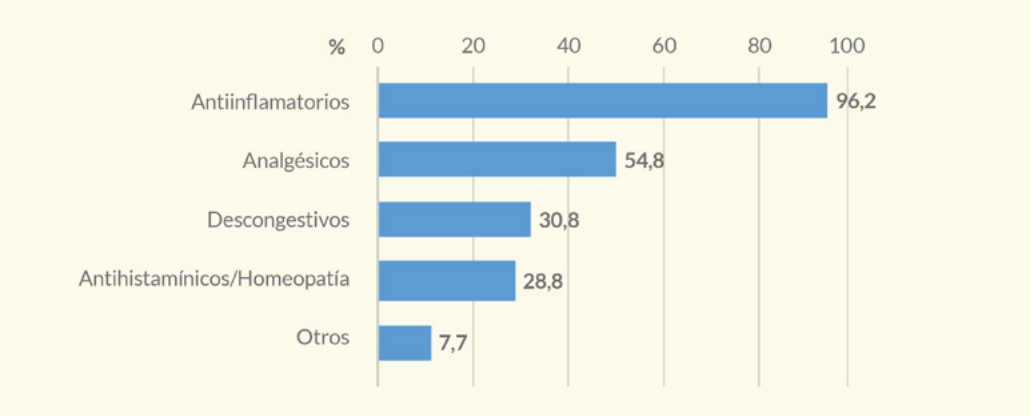
Uso de antibióticos en OMA (no grave, sin otorrea, ni bilateral). N=14.



Para **aliviar los síntomas de la OMA,** la opción farmacológica mayoritaria fue la prescripción de antiinflamatorios (96,2%), seguida de los analgésicos y los descongestivos **(Figura 13).**

Figura 13

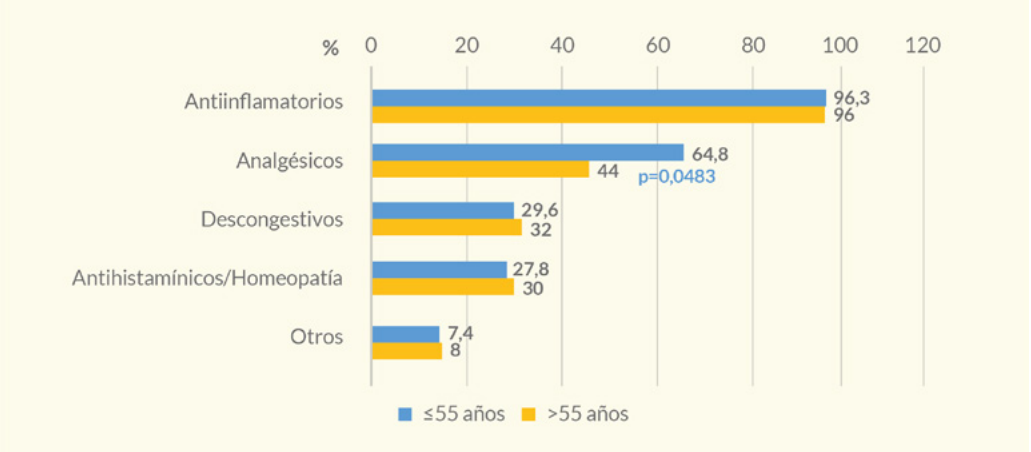
Fármacos recetados para aliviar los síntomas de la OMA. N=104.
Posibilidad de multirrespuesta.



En un **subanálisis** que contemplaba la **edad del profesional de la salud** (≤55 años vs. >55 años) se hallaron cambios estadísticamente significativos en cuanto a la prescripción de analgésicos para el **alivio de los síntomas de la OMA.** Los prescriptores del grupo con menor edad tendieron a prescribir analgésicos con mayor frecuencia (p=0,0483) **(Figura 14).**

Figura 14

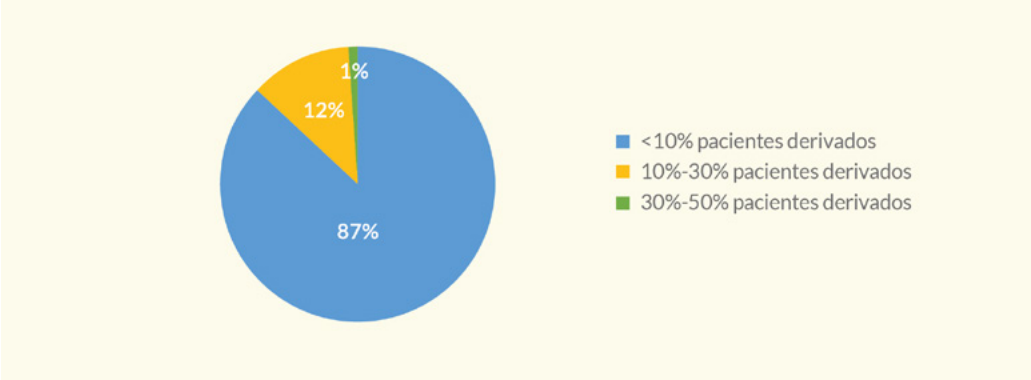
Fármacos recetados para aliviar los síntomas de la OMA según la edad del sanitario. N=104 (N=54 en ≤55 años; N=50 en >55 años).
Posibilidad de multirrespuesta.



Los **pediatras** respondieron sobre la **derivación de sus pacientes con OMA.** Concretamente, el 87,2% de los facultativos indicó que derivaba a sus pacientes al especialista en menos del 10% de los casos y el 11,7% de los encuestados derivaba al 10-30% de los casos **(Figura 15).**

Figura 15

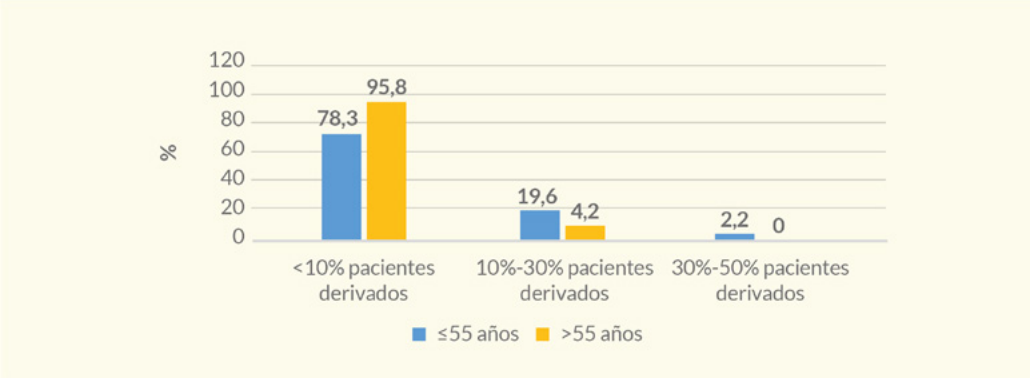
Porcentaje de pacientes con OMA derivado al especialista mensualmente. N=94.



Cuando se realizó el **subanálisis** según la **edad del pediatra** se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de derivación al otorrinolaringólogo (p=0,0116). Los pediatras con una edad mayor a 55 años derivaban en menos ocasiones que aquellos de menor edad (95,8% vs. 78,32%, respectivamente, en el <10% de las derivaciones) **(Figura 16).**

Figura 16

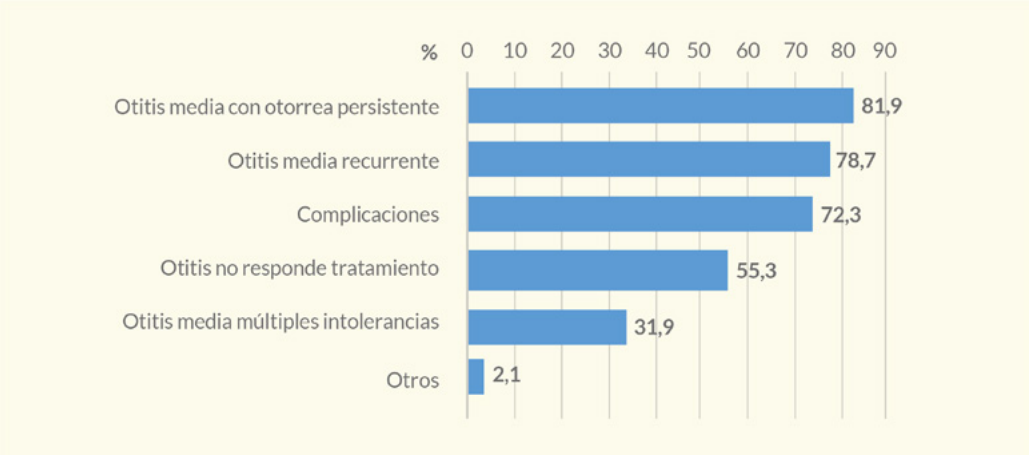
Porcentaje de pacientes con OMA derivado al especialista mensualmente según la edad del sanitario. N=94 (N=46 en ≤55 años; N=48 en >55 años).



Las **razones que reportaron los pediatras** por las que se producía una **derivación** eran múltiples. Las respuestas obtenidas, en un gradiente de más a menos relevancia, fueron: otitis media con otorrea persistente (81,9%), otitis media recurrente (78,7%), complicaciones (72,3%), otitis que no responde al tratamiento (55,3%) y otitis media con múltiples intolerancias (31,9%) **(Figura 17).**

Figura 17

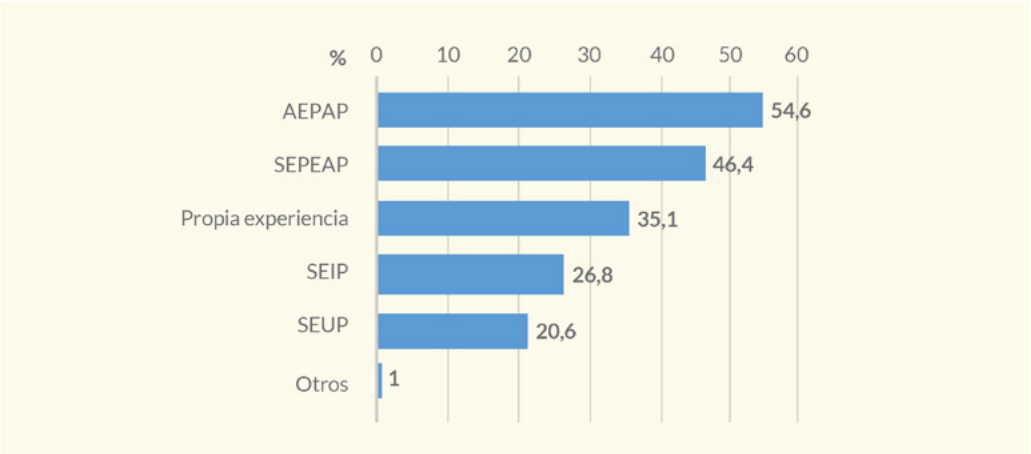
Razones por las que deriva al especialista. N=94.
Posibilidad de multirrespuesta.



Además, los **pediatras** señalaron qué **Guías médicas utilizaban para el diagnóstico y el tratamiento de la OMA (Figura 18).** Así, la guía más mencionada, por un 54,6% de los médicos participantes, fue la de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria - AEPAP, seguida de la de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria – SEPEAP, en un 46,4% de los encuestados. En tercer lugar, el 35,1% de los médicos participantes indicó «propia experiencia» como su principal referencia.

Figura 18

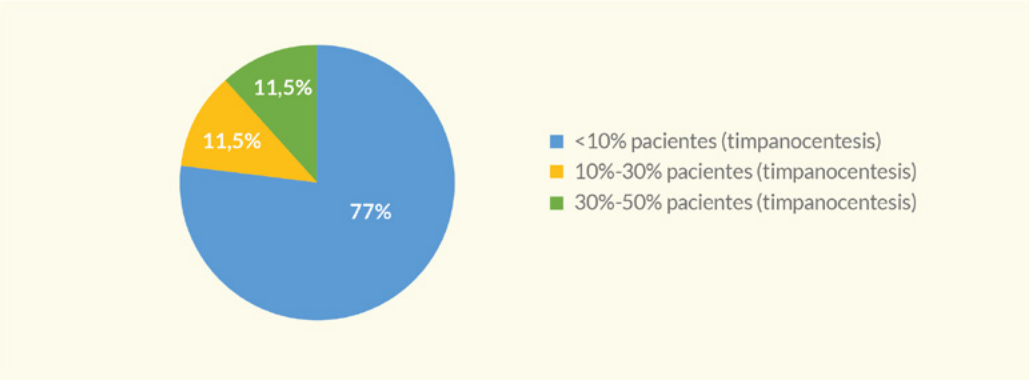
Guías de referencia para el diagnóstico y tratamiento de la OMA por los pediatras. N=97.
Posibilidad de multirrespuesta.



Los **otorrinolaringólogos** calificaron el porcentaje mensual de **niños con OMA que requerían timpanocentesis.** El 76,9% de los sanitarios indicó que menos del 10% de los pacientes requerían dicha intervención, mientras que para el 23% la estimación se situó entre el 10-50% de los pacientes (11,5% entre el 10-30% y el 11,5% entre el 30-50%) **(Figura 19).**

Figura 19

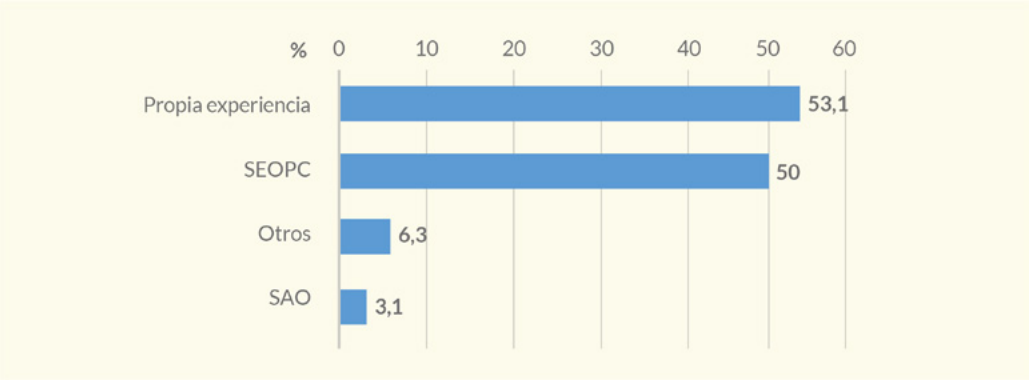
Porcentaje de niños con OMA que requieren timpanocentesis mensualmente. N=26.



En este caso, los **otorrinolaringólogos** también reportaron qué **Guías médicas de referencia seguían para el diagnóstico y el tratamiento de la OMA (Figura 20).** La opción mayoritaria, en el 53,1% de los casos, fue la «propia experiencia», seguida de las indicaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial – SEOPC.

Figura 20

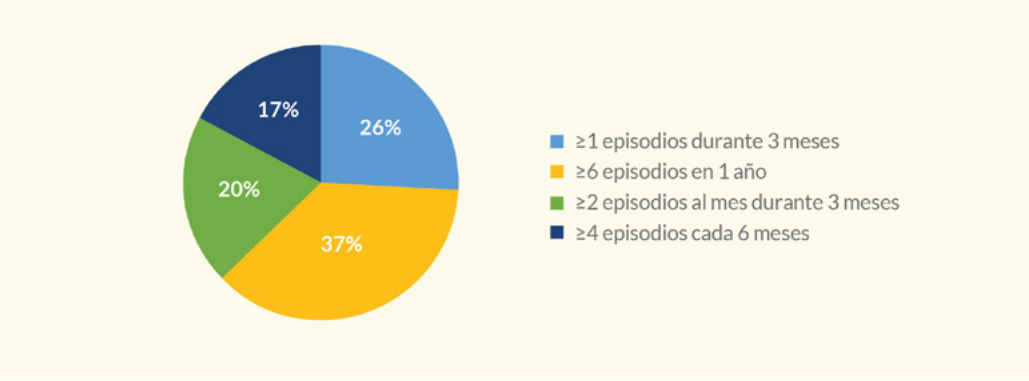
Guías de referencia para el diagnóstico y tratamiento de la OMA por los otorrinolaringólogos. N=32. Posibilidad de multirrespuesta.



Ambos perfiles de profesionales evaluaron el **número de episodios** a partir de los cuales consideraban una **OMA recurrente.** La respuesta más seleccionada, en el 37% de los médicos, fue ≥6 episodios en 1 año y, a continuación, ≥1 episodios durante 3 meses (26,4%) **(Figura 21).**

Figura 21

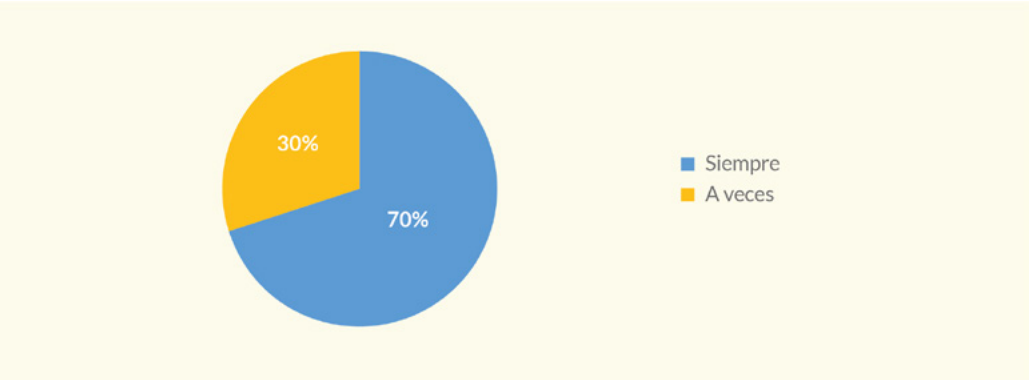
Episodios para considerar OMA recurrente. N=87.



El **empleo de medidas preventivas si existía OMA recurrente** fue ampliamente apoyado por el 69,9% de los sanitarios preguntados **(Figura 22).**

Figura 22

Medidas preventivas si existe OMA recurrente. N=93.



Concretamente, las 4 medidas más favorecidas fueron los complementos alimenticios estimulantes del sistema inmunitario (86%), el mantenimiento de la lactancia materna en lactantes (73,1%), la vacuna antineumocócica (69,9%) y el abandono del hábito tabáquico de los padres (52,7%) **(Figura 23).**

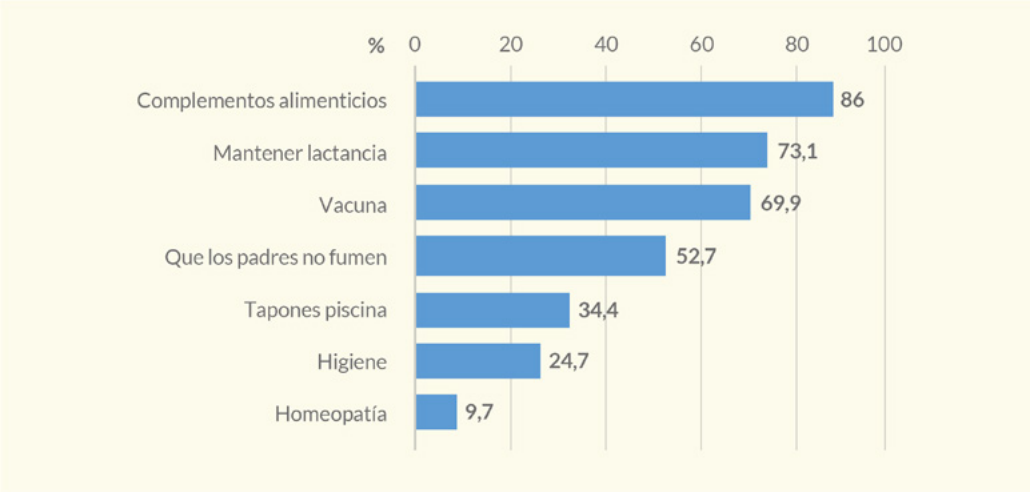


Figura 23

Medidas preventivas recomendadas si OMA recurrente. N=93.
Posibilidad de multirrespuesta.

El **subanálisis** según la **edad del profesional de la salud** arrojó diferencias significativas en la recomendación de medidas preventivas en situaciones de OMA recurrente. En esta línea, el grupo de profesionales con ≤55 años mostró más predisposición para recetar medidas preventivas siempre (79,6% vs. 59,1% en los >55 años; p=0,0419) **(Figura 24).** Asimismo, la recomendación para el mantenimiento de la lactancia difirió entre ambos perfiles de edad, siendo más favorecida en el grupo de mayor edad (61,2% vs. 86,4; p=0,0094) **(Figura 25).**

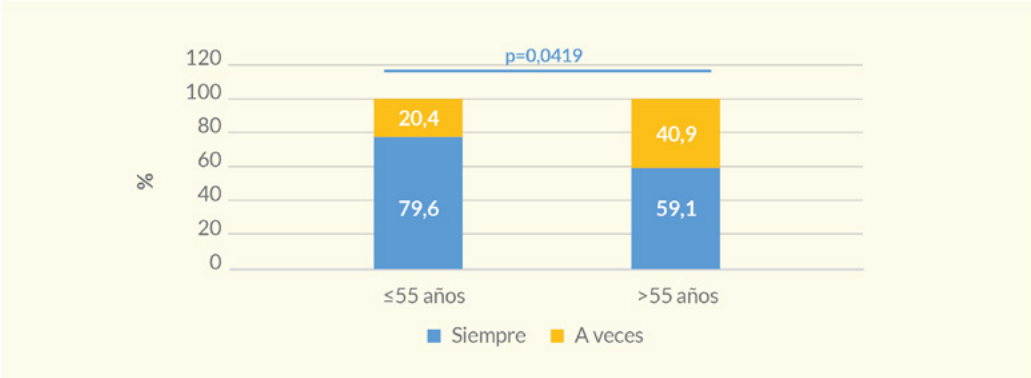


Figura 24

Medidas preventivas si existe OMA recurrente según la edad del sanitario. N=93 (N=49 en ≤55 años; N=44 en >55 años).

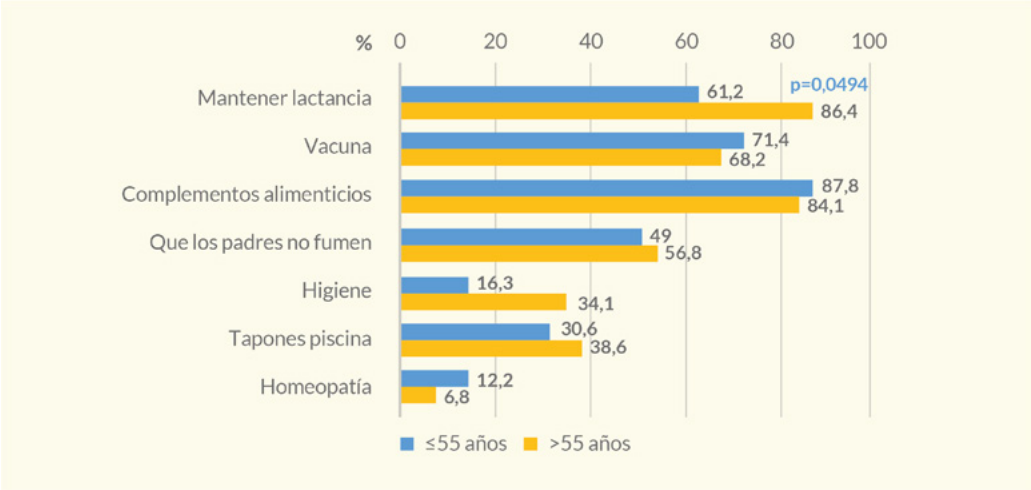


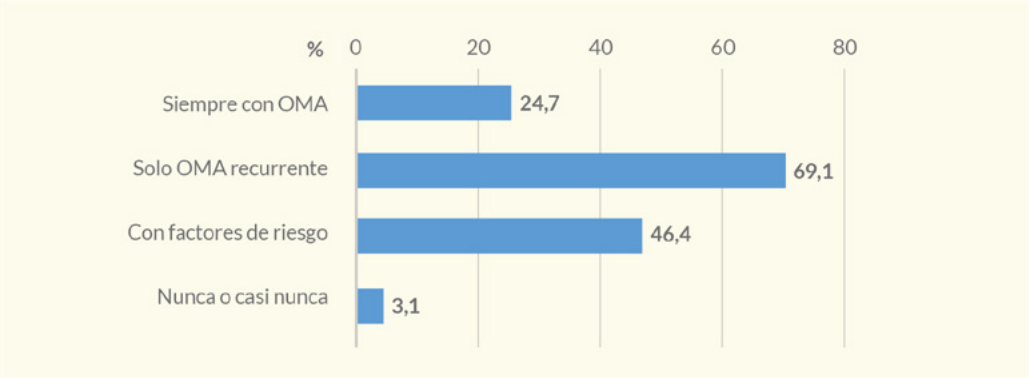
Figura 25

Medidas preventivas recomendadas si OMA recurrente según la edad del sanitario. N=93 (N=49 en ≤55 años; N=44 en >55 años).
Posibilidad de multirrespuesta.

En cuanto a la opción más valorada (toma de complementos alimenticios), los médicos indicaron **en qué casos recomendaban su uso para activar las defensas naturales y prevenir los procesos infecciosos recurrentes** de las vías altas, como la otitis media. La recomendación en los casos de OMA recurrente fue la más seleccionada por los participantes (69,1%), mientras que la existencia de algún episodio de OMA obtuvo una representación del 24,7% **(Figura 26).**

Figura 26

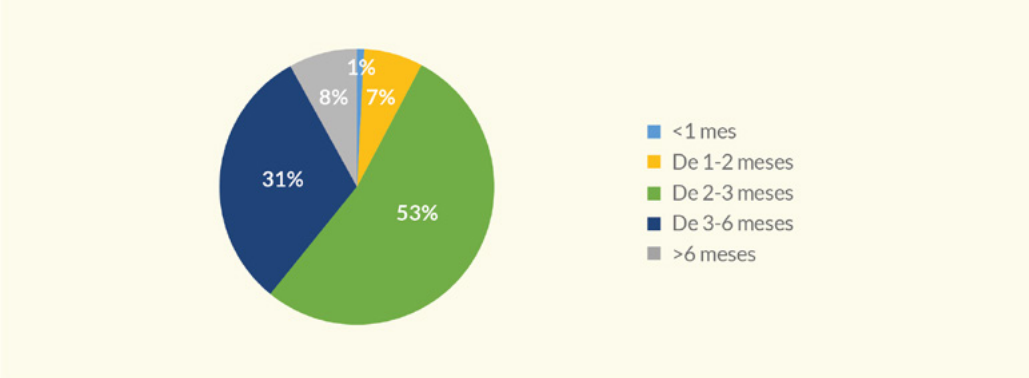
Recomendación de complementos alimenticios. N=97.
Posibilidad de multirrespuesta.



Sobre el **tiempo** prescrito por los sanitarios para la toma de **complementos alimenticios,** más de la mitad de estos consideraron que el rango de tiempo adecuado era entre 2 y 3 meses (52,6%), seguido de entre 3 y 6 meses (30,9%) **(Figura 27).**

Figura 27

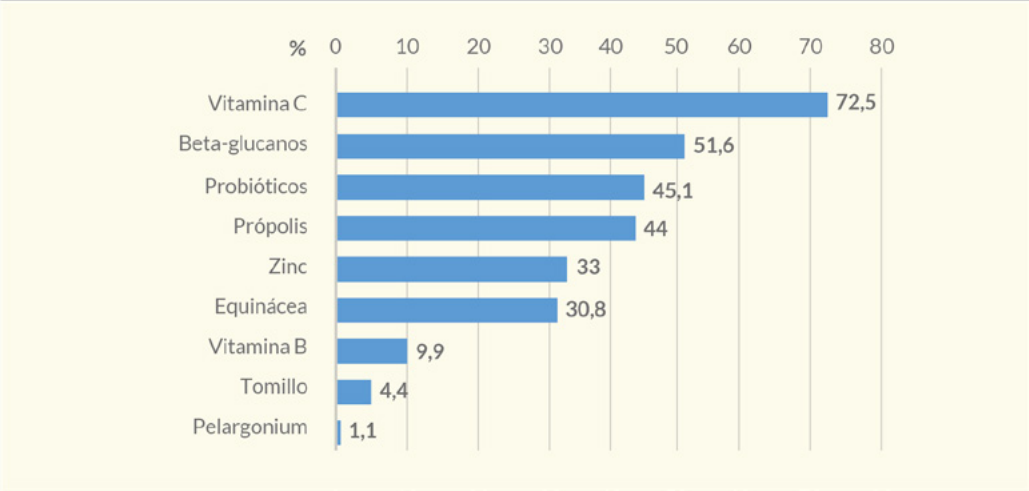
Tiempo de prescripción de complementos alimenticios. N=97.



Por último, se **valoraron los compuestos considerados más eficaces para la prevención de infecciones recurrentes** del tracto respiratorio superior, como la otitis **(Figura 28).** Así, la vitamina C fue la respuesta más repetida entre los profesionales (72,5%), seguida de los beta-glucanos (51,6%), los probióticos (45,1%) y el própolis (44%).

Figura 28

Componentes eficaces para la prevención de infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior. N=91.
Posibilidad de multirrespuesta.



6.2. Cuestionario sobre Imunoglukan P4H®

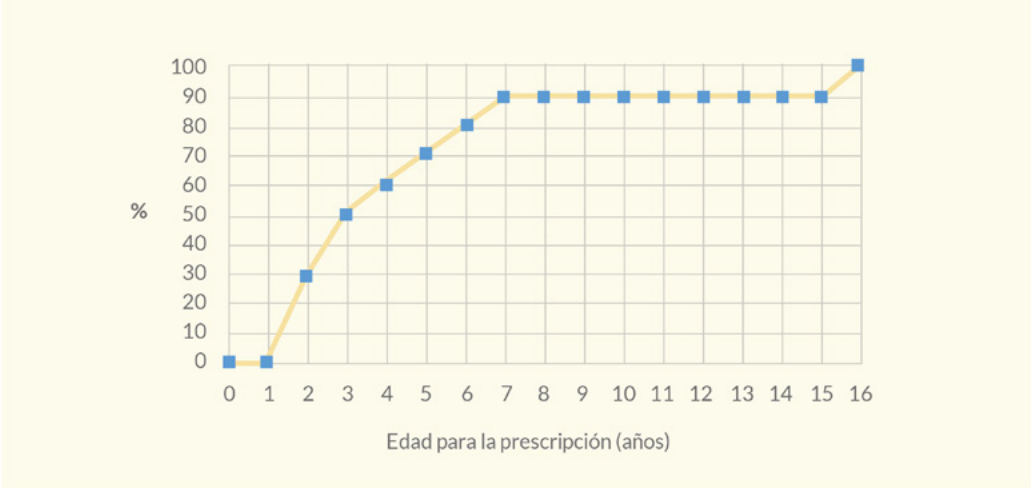
Los datos obtenidos por el cuestionario **retrospectivo sobre el complemento Imunoglukan P4H®** de las variables categóricas analizadas se presentan a continuación.

La media de **edad de los pacientes** que tomaron el producto fue de 4,0 ±2,7 años (N=294) y la **duración del tratamiento** de 3,4±1,7 meses (N=290).

Concretamente, el 50% de los pacientes tenía una edad igual o inferior a los 3 años y el 90% igual o menor a los 7 años **(Figura 29).**

Figura 29

Edad del paciente en el momento de la prescripción de **Imunoglukan P4H®**. N=294.



El **momento en que los facultativos lo prescribieron** fue, en un 39% de los casos, tras los primeros síntomas de OMA, en un 38% como terapia preventiva y en un 20% tras haber sufrido una OMA de repetición **(Figura 30).**

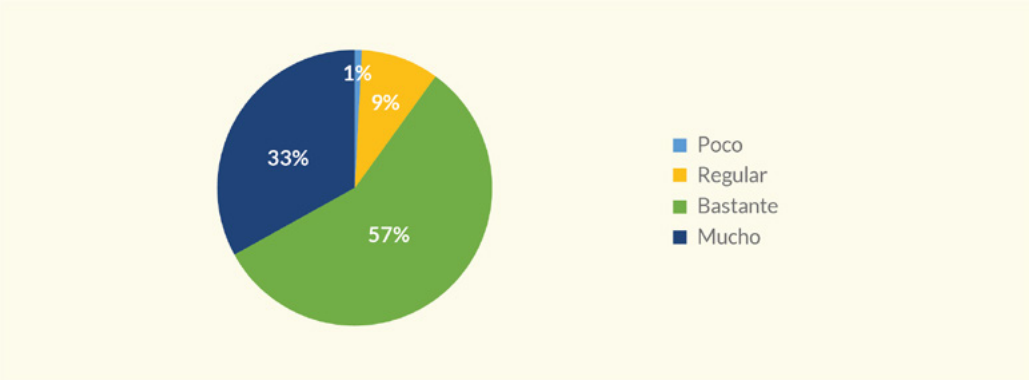
Figura 30

Momento de la recomendación de **Imunoglukan P4H®**. N=301.

Los profesionales encuestados, opinaron sobre la **mejoría de los síntomas** de sus pacientes con la toma de **Imunoglukan P4H®.** La valoración positiva del tratamiento fue mayoritaria, calificando la mejoría entre «bastante y mucho» por un total de un 90,5% de los sanitarios **(Figura 31).**

Figura 31

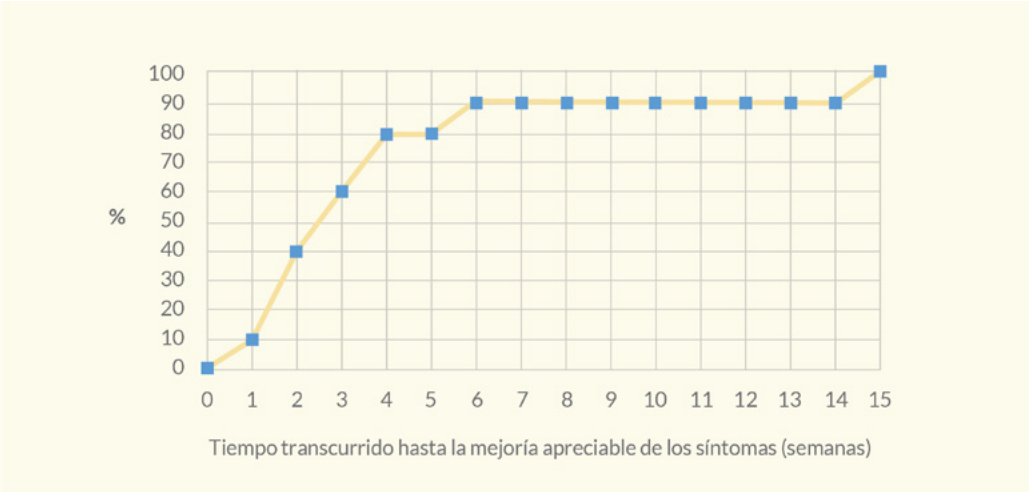
Mejoría de los síntomas con **Imunoglukan P4H®**. N=296.



Dicha mejoría en la sintomatología se apreció a los 3,2 ±2,0 semanas (N=280). Así, a las 2 semanas de tratamiento con **Imunoglukan P4H®** se apreciaba una mejoría en el 40% de los pacientes y, a las 6 semanas, la cifra ascendió al 90% **(Figura 32).**

Figura 32

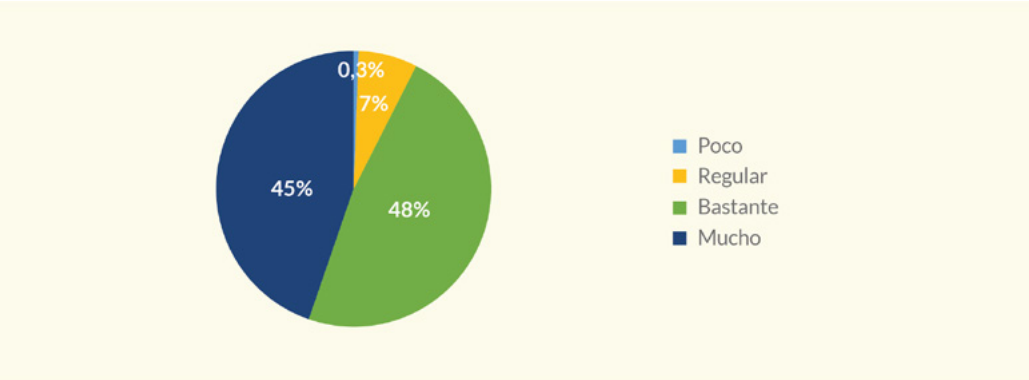
Tiempo transcurrido hasta la mejoría apreciable de los síntomas. N=280.



En la misma línea, la **satisfacción global** con este complemento alimenticio fue ampliamente positiva; el 44,9% de los médicos calificó su satisfacción como «mucho» y el 47,8% lo hizo como «bastante» **(Figura 33).**

Figura 33

Satisfacción con el tratamiento con **Imunoglukan P4H®**. N=301.



Asimismo, se abordó el **abandono del tratamiento** y las causas de este. De forma extensa, el abandono precoz del tratamiento no aconteció en un 94,7% de los casos **(Figura 34)** y únicamente tuvo lugar en 16 pacientes. Los **motivos del abandono** reportados fueron, en orden descendiente, la falta de eficacia (50%), la dificultad para mantener la pauta (43,8%) y la baja tolerabilidad (6,3%) **(Figura 35).**

Figura 34

Abandono precoz del tratamiento con **Imunoglukan P4H®**. N=302.

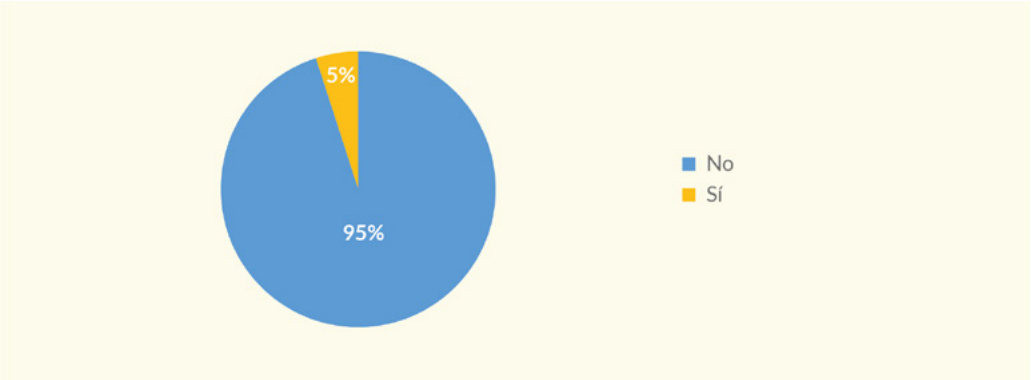
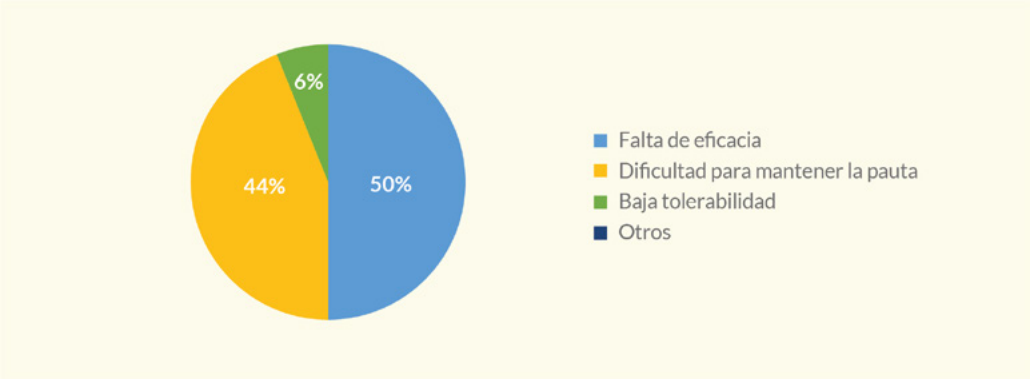


Figura 35

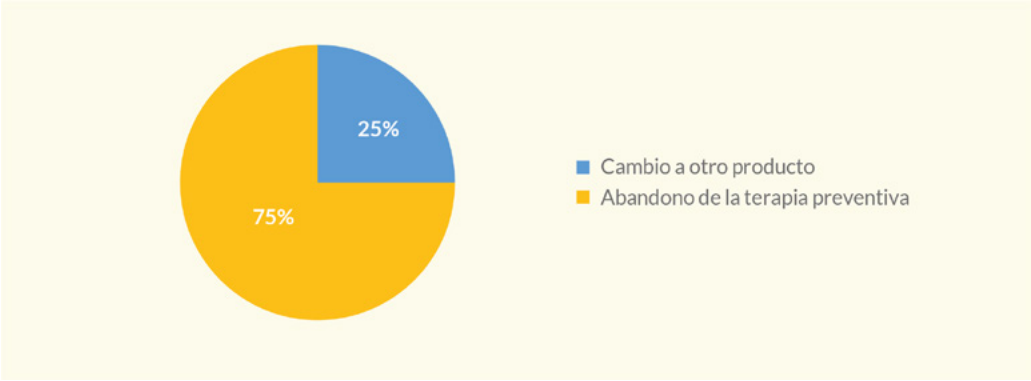
Motivos del abandono precoz del tratamiento con **Imunoglukan P4H®**. N=16.



Finalmente, los prescriptores indicaron qué **acción** realizaron con sus pacientes **tras el abandono** del tratamiento con **Imunoglukan P4H®** **(Figura 36).** En el 75% de los casos, se optó por abandonar el tratamiento preventivo definitivamente, mientras que en el resto de las situaciones se prefirió cambiar a otro producto.

Figura 36

Acción tomada tras el abandono del tratamiento con **Imunoglukan P4H®**. N=16.



7. Discusión

Durante el año 2019 se ha desarrollado el **estudio OTOPREVENT** para conocer la actitud terapéutica por parte de 108 profesionales de la salud (pediatras y otorrinolaringólogos) en el **abordaje de las infecciones de oído,** así como el perfil de los pacientes pediátricos con estas infecciones que se benefician del **tratamiento preventivo con Imunoglukan P4H®.**

Opinión y práctica clínica para el abordaje de las infecciones de oído

En el **~95% de consultas** pediátricas y de otorrinolaringología se atienden mensualmente a **más de 10 niños con otitis.** El 43,4% de estas reciben entre 20 y 50 niños con esta dolencia y un 11,3% reciben a más de 50 niños al mes.

Concretamente, la atención a pacientes con otitis resulta más prevalente en los **centros privados** donde, en un 63,4%, se **atienden a más de 20 niños al mes.** La mitad de los centros públicos no llegan a recibir mensualmente a más de 20 niños con otitis.

Más de un 96% de los profesionales opinan que la **otitis media es la otitis más diagnosticada,** por encima de la externa, que alcanza un 83%, y la interna, que roza el 35%. En la misma línea, estos estiman la prevalencia de la otitis media de forma mayoritaria, en aproximadamente un **63% de los casos de otitis** que atienden.

En cuanto a los subtipos de otitis media, el porcentaje **más frecuentemente diagnosticado** (~98% de los profesionales) corresponde a la **otitis media aguda,** seguida de la otitis media con exudado o subaguda (81,9%) y, por último, la otitis media crónica con exudado (68,6%). De igual modo, los profesionales estiman en un 59% los diagnósticos de OMA.

Para los especialistas, **no se aprecian diferencias en el patrón esporádico o de repetición de las OMA,** de forma que la periodicidad esporádica mensual se tasa en un 55,6% mientras que la de repetición llega a casi un 46%.

Más de la mitad (57,7%) de los episodios de OMA se producen durante el **periodo invernal,** seguido del otoño (21,2%), el verano y la primavera.

De forma contundente, en el 95,2% de los casos, la **otoscopia tradicional** es el procedimiento más utilizado como **primera elección para el diagnóstico** de la OMA, por delante de la timpanometría y la otoscopia neumática.

En los casos de OMA, alrededor de **un cuarto de los sanitarios no toman muestras de la secreción** para realizar cultivo microbiológico y, cuando se hace, la causa principal se debe a la ausencia de respuesta al tratamiento (43,3%).

Ante una OMA, no grave, no bilateral y sin otorrea, un 17,3% de los profesionales optan por recetar **antibióticos como primera línea de acción,** mientras que más de la mitad (68,3%) tienen en cuenta su experiencia personal previa a la hora de tomar esta decisión.

La prescripción de **fármacos antiinflamatorios es la opción preferida para aliviar los síntomas de la OMA** por el 96,2% de los profesionales, mientras que el 54,8% se decanta por los analgésicos. Esta última opción es especialmente importante en médicos ≤55 años, difiriendo estadísticamente de aquellos con mayor edad.

El **87,2% de los pediatras deriva a sus pacientes** con OMA al especialista en **menos del 10% de las ocasiones** y alrededor del 13% deriva a más de un 10% y hasta un 50% de los pacientes. Según el rango de edad, estas derivaciones muestran contrastes estadísticos significativos, de forma que casi un 20% de los sanitarios de menor edad (≤55 años) derivan al 10-30% de los pacientes, frente al 4,2% de los sanitarios de mayor edad (>55 años). En contraposición, el 95,8% de mayores de 55 años deriva únicamente a menos del 10% de sus pacientes.

Cuando se profundiza en las **razones de la derivación,** la causa principal que manifiestan los pediatras es la **presencia de otitis media con otorrea persistente** (~82%). En segundo y tercer lugar, respectivamente, señalan la otitis media recurrente (~79%) y otras complicaciones (~72%).

Más de la mitad de los **pediatras** (54,6%) utilizan la guía de referencia de la **Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria – AEPAP** para el diagnóstico y tratamiento de la OMA, seguida de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria – SEPEAP (46,4%).

El **76,9% de los otorrinolaringólogos** recomiendan la **timpanocentesis en menos del 10%** de sus pacientes infantiles con OMA y el 11,5% lo hacen en el 10-30% de las ocasiones.

Para los otorrinolaringólogos, la referencia para el diagnóstico y tratamiento de la OMA de más peso es la **propia experiencia** (53,1%), sucedida por la guía de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial – SEOPC en la mitad de los encuestados.

El criterio más aceptado, según el **37% de los especialistas** (pediatras y otorrinolaringólogos), respecto al número de episodios para considerar una **OMA recurrente es de ≥6 episodios en 1 año,** seguido de ≥1 episodios durante 3 meses (26,4%).

El empleo de **medidas preventivas ante una OMA recurrente es favorable en el 69,9%** de los sanitarios. Esto es especialmente decisivo en el grupo de profesionales más jóvenes (≤55 años), los cuales recomiendan esta práctica en mayor medida que el grupo de sanitarios de más edad (79,6% vs. 59,1%, respectivamente).

Entre las **medidas preventivas destacan los complementos alimenticios** estimulantes del sistema inmunitario (86%), el mantenimiento de la lactancia materna en lactantes (73,1%), la vacuna antineumocócica (69,9%) y el abandono del hábito tabáquico de los padres (52,7%). La recomendación del mantenimiento de la lactancia difiere entre ambos perfiles de edad, siendo más aceptada por el grupo de más de 55 años (61,2% vs. 86,4).

Los **complementos alimenticios** se prefieren, por el 69,1% de los encuestados, en el **tratamiento de la OMA recurrente,** por delante de la existencia de factores de riesgo (46,4%) o cuando acontece algún episodio aislado de OMA (24,7%). Sobre la duración de la prescripción de los complementos alimenticios, **más de la mitad de los profesionales** (52,6%) se decantan por mantener la **toma entre 2 y 3 meses** y alrededor de un 31% aconsejan ampliar la duración a una horquilla de entre 3 y 6 meses.

Los complementos o extractos naturales, con propiedades inmunomoduladoras para la prevención de infecciones recurrentes, ricos en vitamina C son percibidos como los más **eficaces por el 72,5% de los sanitarios.** A continuación, les siguen los beta-glucanos (51,6%), los probióticos (45,1%) y el própolis (44%).

Cuestionario sobre Imunoglukan P4H® para el correcto funcionamiento de las defensas naturales y la prevención de las otitis

Según ambos tipos de profesionales, la **edad** media para indicar la toma de **Imunoglukan P4H®** es de **4,0 ± 2,7 años y** la duración media del tratamiento de **3,4±1,7 meses.**

En un 39% de los casos de OMA, la **recomendación de Imunoglukan P4H®** se motiva tras los primeros síntomas de OMA, en un 38% como terapia preventiva y en un 20% tras haber sufrido una OMA de repetición.

La **mejoría de los síntomas** con este complemento, que se aprecia a los **3,2 ± 2,0 meses,** es **muy elevada** para **más del 30%** de los profesionales y bastante elevada para más de la mitad (57%). Asimismo, el grado de satisfacción con el tratamiento de **Imunoglukan P4H®** es alto, de forma que los médicos califican **su satisfacción en «mucho»** (44,9%) y «bastante» (47,8%).

El **abandono precoz** del tratamiento **acontece únicamente en el 5,3%** de los casos y las **causas** más señaladas cuando esto ocurre son la **falta de eficacia** (50%), la dificultad para mantener la pauta (43,8%) y la baja tolerabilidad (6,3%).

Finalmente, ante el abandono del tratamiento con **Imunoglukan P4H®**, el **75%** de los sanitarios deciden **suspender el tratamiento preventivo,** mientras que el resto cambian a otro producto.

8. Conclusiones

- El 95% de las consultas de pediatría y otorrinolaringología atiende a más de 10 niños con infección de oído al mes.
- Los centros privados atienden a más casos de otitis que los públicos y, en un ~63% de los casos, esta cifra supera los 20 niños al mes.
- La otitis media es la otitis más diagnosticada, por encima de la externa y la interna, cifrándose su prevalencia en un ~63% de los episodios.
- Con un 59% de los diagnósticos, la otitis media aguda es el subtipo de otitis media más prevalente, superando a la otitis media con exudado o subaguda y a la otitis media crónica con exudado.
- No existen diferencias significativas en la frecuencia de las OMA con patrón esporádico o de repetición, siendo de ~50% para cada una de ellas.
- Más de la mitad (~58%) de los episodios de OMA se producen durante el invierno.
- En más del 95% de las ocasiones, la otoscopia tradicional es el procedimiento más utilizado para el diagnóstico de la OMA.
- En los casos de OMA, los motivos principales para la toma de muestras de la secreción son la ausencia de respuesta al tratamiento (~43%) y la presencia de una OMA recidivante o complicada (~39%). Cerca del 28% de los sanitarios no toma muestras nunca o casi nunca para realizar el cultivo microbiológico.
- Alrededor de un 17% de los profesionales recetan antibióticos como primera línea de acción ante una OMA, no grave, no bilateral y sin otorrea.
- El 96% de los profesionales prescribe fármacos antiinflamatorios para aliviar los síntomas de la OMA, seguidos de los analgésicos (~55%), los cuales gozan de mayor aceptación entre los facultativos más jóvenes.
- Un 87% de los pediatras deriva a sus pacientes con OMA al especialista en menos del 10% de las ocasiones. Las derivaciones que superan el 10% son realizadas, en mayor proporción, por los pediatras de una edad igual o inferior a los 55 años.
- Las razones principales de la derivación de los pediatras son la presencia de otitis media con otorrea persistente (~82%) y la otitis media recurrente ~79%).
- La guía de referencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria – AEPAP para el diagnóstico y tratamiento de la OMA es la más aceptada por casi un 55% de los pediatras.
- Un 77% de los otorrinolaringólogos recomienda la timpanocentesis en menos del 10% de sus pacientes pediátricos con OMA.
- Para más de la mitad de los otorrinolaringólogos (~53%) la propia experiencia es clave para el diagnóstico y tratamiento de la OMA, por delante de otras guías clínicas.
- Para el 37% de los profesionales, una OMA recurrente es aquella con ≥6 episodios a lo largo de 1 año.

- La recomendación de medidas preventivas en pacientes con OMA es ampliamente acogida por un ~70% de los sanitarios, de forma más evidente en aquellos de menor edad.
- Los complementos alimenticios estimulantes del sistema inmunitario son la medida preventiva más dominante (86%), por delante del mantenimiento de la lactancia materna en lactantes, la vacuna antineumocócica y el abandono del hábito tabáquico de los padres.
- El 69% de los sanitarios indican los complementos alimenticios en el tratamiento de la OMA recurrente y, en menor medida, cuando existen factores de riesgo o siempre que aparece un episodio de OMA.
- Más de la mitad de los profesionales (~53%) estiman el tiempo de consumo de los complementos alimenticios en 2 - 3 meses.
- Los complementos o extractos naturales ricos en vitamina C son considerados eficaces por el 72,5% de los facultativos, seguidos por los beta-glucanos (51,6%), los probióticos y el própolis.
- La edad media de los pacientes que toman **Imunoglukan P4H®** es 4,0 ± 2,7 años y la duración del tratamiento es 3,4 ± 1,7 meses.
- La aparición de una primera OMA para evitar repeticiones es la causa más frecuente para recomendar **Imunoglukan P4H®** en el ~39% de los casos de OMA.
- La mejoría de los síntomas con **Imunoglukan P4H®** se aprecia a los 3,2 ±2,0 meses y resulta muy satisfactoria para más del 30% de los profesionales. En la misma línea, el grado de satisfacción global con el complemento es alta (~45%).
- El abandono precoz del tratamiento con **Imunoglukan P4H®** acontece en ~5% de los casos, debido a la falta de eficacia (50%), la dificultad para mantener la pauta (~44%) y la baja tolerabilidad (~6%).
- Cuando se abandona el tratamiento con **Imunoglukan P4H®** el 75% de los sanitarios cesan el tratamiento preventivo.
- El 50% de los profesionales prefiere la pauta de **Imunoglukan P4H®** en monoterapia, antes que el otro producto sanitario concomitante a la terapia con antibióticos o la terapia combinada de ambos productos.

9. Bibliografía

[1] Hendley JO. Otitis Media. N Engl J Med 2002;347:1169–74. doi:10.1056/NEJMcp010944.

[2] **Imunoglukan P4H®** | Complementos Pediátricos. Disponible en: https://www.complementospediatricos.com/producto/imunoglukan-p4h (último acceso 7 junio, 2021).

Imunoglukan® P4H

DEFENDEMOS JUGAR HASTA TARDE EN LA PLAYA.

10 AÑOS

DEFENDIENDO LO QUE MÁS QUIERES

Con **Imunoglukan® P4H** llevamos más diez años trabajando sin descanso, innovando, para defender mucho más que el normal funcionamiento del sistema inmunitario. Porque sabemos que, al final, lo importante es que estemos ahí, **en defensa de lo que realmente importa en la vida.**

ORDESA

www.complementospediatricos.com

ORDESA

www.ordesalab.com

112200 - 09/2021