

OTITIS MEDIA AGUDA (EN EL ADULTO)

Enfermedades de ORL y boca

INTRODUCCIÓN

La Otitis Media Aguda (OMA) es una infección del oído medio que puede ser causada por virus o bacterias, habitualmente de carácter autolimitado (5-7 días) y que en la mayoría de las ocasiones no precisa antibiótico para su curación. Los antibióticos no reducen de modo significativo el riesgo de las complicaciones más habituales (recurrencia de la infección, pérdida de oído -que suele ser temporal-, y perforación timpánica) y en cambio el riesgo de efectos secundarios es mayor. Las complicaciones más serias como mastoiditis, meningitis, absceso intracraneal, trombosis venosa y parálisis facial son muy poco frecuentes, de forma que habría que tratar con antibióticos a casi cinco mil pacientes con OMA para prevenir una mastoiditis.

Clínicamente se caracteriza por la aparición brusca de otalgia e hipoacusia acompañadas o no de otorrea y/o fiebre. En adultos la otalgia puede ser el síntoma predominante. El diagnóstico se confirma mediante otoscopia: membrana timpánica enrojecida, deslustrada y abombada.

Afecta principalmente a niños, aunque también puede ocurrir en adultos. En adultos, por su baja frecuencia, existe poca evidencia científica, por lo que el manejo y tratamiento es similar al de los niños. (Consultar "*Guía Terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Pediatría*").

En la etiología de la OMA están implicados principalmente *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Con menor frecuencia aparecen *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catharralis*, *Staphylococcus aureus* y diversos virus.

Buena parte de las resistencias del neumococo a penicilina se consiguen vencer con amoxicilina a dosis altas, por lo que se debe considerar este rango de dosis cuando se sospecha una resistencia elevada a neumococo (consultar los datos de resistencia locales), valorando las circunstancias del paciente y la gravedad del proceso. El neumococo no es productor de beta-lactamasas, por lo que su resistencia a las penicilinas no puede vencerse con ácido clavulánico. *Haemophilus influenzae* si puede ser productor de beta-lactamasas, y por ello amoxicilina-ácido clavulánico se debe reservar para casos de falta de respuesta a amoxicilina.

Existen pocos estudios en adultos que valoren adecuadamente la duración que debe tener el tratamiento antibiótico en la OMA y en consecuencia no hay uniformidad en las recomendaciones de las diferentes guías.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTITIS MEDIA AGUDA Síntomas leves, sin patología o antecedentes que puedan agravar el pronóstico	Tratamiento sintomático del dolor: Paracetamol  500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d) 	

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
	<p>Ibuprofeno 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Reevaluar a las 48-72 horas</p> <p>○</p> <p>Valorar prescripción diferida de antibiótico si no mejora en 48-72 horas o si los síntomas empeoran en cualquier momento.</p>	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
<p>Pacientes con síntomas leves, sin patología o antecedentes que puedan agravar el pronóstico, sin mejoría en 48-72 horas.</p> <p>○</p> <p>Tratamiento de inicio en pacientes con factores de riesgo (inmunodeprimidos, problemas de audición, OMA con perforación, afectación bilateral, recurrencias) o afectación importante (fiebre >38,5°C, repercusión significativa estado general, etc.)</p>	<p>Amoxicilina 500 mg/8h ó 750-1.000 mg/8-12h vo, 5-7 días.</p> <p>Usar dosis altas (1g/8h) si se sospecha neumococo con baja sensibilidad a amoxicilina (consultar mapas de resistencias locales), valorando las circunstancias del paciente y la gravedad del proceso.</p>	<p>Alergia a betalactámicos: Azitromicina 500 mg/24h vo, 3 días</p>
<p>Falta de respuesta a amoxicilina tras 48-72 horas de tratamiento</p>	<p>Amoxicilina/ Ác. Clavulánico 500-875/125 mg/8 12h vo, 5-7 días</p> <p>○</p> <p>Cefuroxima axetilo 500 mg/12h vo, 5-10 días</p>	<p>Alergia a betalactámicos: Levofloxacin  250-500 mg/24h vo, 7 días. En IR, ajustar dosis a partir de ClCr <50 ml/min.</p>

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En caso de riesgo de perforación timpánica evitar la entrada de agua en el oído.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Debe valorarse el riesgo/beneficio en la administración de antibióticos.

SEGUIMIENTO

Se aconseja individualizar la duración del tratamiento en función de la gravedad del cuadro, evolución clínica y otras circunstancias del paciente, procurando que sea lo más corto posible para minimizar el desarrollo de resistencias.

Si el proceso no se resuelve tras utilizar dos series de antibióticos diferentes de forma adecuada (antibiótico, pauta y cumplimiento terapéutico), se debe valorar la derivación (requiere cultivo).

Tras una OMA, especialmente en niños, hay que valorar la posible existencia de otitis media serosa, que puede afectar a la audición.

SEGURIDAD

Ibuprofeno: La prescripción de los AINE debe realizarse valorando adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular y gastrointestinal de cada paciente. (Ver Notas informativas AEMPS 2006/07, [2006/10](#), 2012/15, [2015/04](#)).

Amoxicilina-ac. clavulánico: riesgo de hepatotoxicidad (Ver nota informativa AEMPS [2006/01](#)). Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

Azitromicina y levofloxacino: riesgo de prolongación de intervalo QT. Precaución en pacientes con mayor riesgo y si se administran de forma concomitante con otros medicamentos que también puedan ocasionar prolongación del intervalo QT. Ver: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/medicamentos-prolongacion-intervalo-qt>.

Levofloxacino:

- Se han notificado casos de reacciones adversas graves de la piel como el síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica.
- Al igual que otras fluoroquinolonas sistémicas, levofloxacino puede ocasionar reacciones adversas incapacitantes, de duración prolongada, y potencialmente irreversibles que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. En consecuencia únicamente se utilizarán cuando otros antibióticos recomendados no resulten eficaces o no sean tolerados. (Ver Nota informativa AEMPS [14/2018](#)).
- Las fluoroquinolonas sistémicas pueden aumentar el riesgo de aneurisma y disección aórtica. (Ver [Comunicación dirigida a profesionales](#))

[sanitarios 10/2018](#)).

PRECAUCIONES

Ajustar la posología **con función renal disminuida**:

- Amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y cefuroxima si CICr <30.
- Levofloxacino si CICr < 50. En España no hay comprimidos de 250 mg, pero los de 500 se pueden dividir en dos dosis iguales, según indican las fichas técnicas.

Azitromicina en cápsulas se debe tomar una hora antes o dos horas después de los alimentos. El resto de las formulaciones no interaccionan con alimentos.

Levofloxacino está contraindicado en pacientes con epilepsia (puede disminuir el umbral convulsivo), antecedentes de trastornos del tendón relacionados con la administración de fluoroquinolonas, niños o adolescentes (en fase de crecimiento), embarazo y lactancia. Los pacientes de edad avanzada, en tratamiento con corticoides y los trasplantados presentan un mayor riesgo de sufrir lesiones tendinosas tras su administración.

Cefuroxima se debe tomar después de las comidas para una absorción óptima.

DERIVACIÓN

Derivar a ORL en caso de OMA recurrente (3 episodios en 6 meses o más en un año), ausencia de respuesta tras dos series de antibióticos, afectación importante del estado general, efusión bilateral o que persiste más de 3 meses, complicaciones.

En caso de mastoiditis o sospecha de complicación endocraneal (meningitis, parálisis facial, laberintitis, trombosis del seno lateral) la derivación al hospital, de forma URGENTE.

OTROS

Los antihistamínicos, descongestivos, mucolíticos y corticoides no están recomendados.

[Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. NICE. Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. Marzo 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>
2. Limb CJ, Lustig LR, Klein JO, Acute otitis media in adults. UpToDate. (Actualizado 19 abril 2017). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults?search=OTITIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Mensa JM et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2018.
4. Otitis Media en Adultos. Febrero 2016. Guía Terapéutica antimicrobiana Interniveles del Área Aljarafe. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTrapeuticaAljarafe/guia/guia_find_hsd.asp.
5. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SEMFYC 4ª edición.
6. Moleros JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. AMF 2017;13(7):383-393
7. Fichas técnicas de los medicamentos