

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:  
CATARRO COMÚN Y OTITIS.

**Introducción**

El catarro común y la enfermedad inflamatoria aguda del oído son dos de las infecciones respiratorias altas que con mayor frecuencia se observan en la práctica clínica habitual, por lo que se necesario establecer unas adecuadas recomendaciones de tratamiento, basadas en los mejores resultados procedentes de investigaciones validas.

Los objetivos que persigue la guía es disminuir la morbilidad y las afectaciones laborales y escolares en los pacientes que padecen de estas infecciones respiratorias altas, optimizar y uniformizar la terapéutica de estas entidades y generar recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas existentes. La guía esta auspiciada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, institución independiente de la industria farmacéutica nacional e internacional.

Los destinatarios de la guía son estudiantes de 6to año de Medicina, médicos generales, así como especialistas en Medicina General Integral y clínicos que brindan atención médica en el nivel primario de salud. Los beneficiarios son todos los pacientes diagnosticados de estas infecciones respiratorias altas en la atención primaria. En este número se describirá el abordaje no farmacológico y farmacológico del Catarro Común, Otitis Externa Aguda y Otitis Media Aguda.

Para la confección se realizó una revisión sistemática de la bibliografía por medio de una estrategia definida por metodólogos en la pesquisa y análisis de la información. Se utilizaron los metabuscadores SUMsearch (versión al español), Tripdatabase, las base de datos MEDLINE y Cochrane library. Se accedió a Sitios de medicina basada en la evidencia como BMJ Clinical Evidence y a portales de Guías para la práctica clínica National Guideline of Clearinghouse. Se limitó la búsqueda a ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metanálisis y guías para la práctica clínica en inglés y español. Los términos claves empleados fueron: common cold, acute otitis media, otitis eterna, and upper respiratory tract infections. El período de pesquisa fue desde enero de 1998 hasta marzo de 2008.

La implementación de la guía puede aumentar los costes en el sistema de salud por no existir en nuestro cuadro básico de medicamentos algunas alternativas terapéuticas necesarias.

**Clasificación de las evidencias y de las recomendaciones terapéuticas.**

Las evidencias se clasifican en: Nivel I: datos procedentes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, metanálisis y revisiones sistemática. Nivel II: resultados de estudios de cohorte, estudios de casos y controles. Nivel III: información basada en estudios no controlados o de expertos o de consenso de expertos. Las recomendaciones (Rec.) se clasifican en: Buena (A), basada en nivel I de la evidencia. Regular (B), basada directamente en el nivel II de la evidencia o extrapolada del nivel I. Mala (C), basada directamente del nivel III de la evidencia o extrapolado del nivel II. Las recomendaciones terapéuticas formuladas a partir de las evidencias seleccionadas se realizaron por un método de consenso formal por votación entre los miembros del grupo de metodólogos de evaluación de la información; se acordó la aprobación o rechazo cuando el 75 % o más de los miembros estuvieron de acuerdo en cada una de las cuestiones evaluadas.

Existió independencia editorial para emitir las recomendaciones de la presente guía. Los autores de la guía manifestaron no tener vínculos con la industria farmacéutica que produjera un conflicto de intereses.

**Catarro común**

El catarro o resfriado común es una enfermedad autolimitada que afecta el tracto respiratorio superior, en la que las  $\frac{2}{3}$  partes de quienes la sufren se recuperan dentro de una semana. Sin embargo el impacto económico es enorme, por ejemplo en un año, en los E.U.A esta enfermedad motivo 62 millones de consultas médicas, así como 45 millones de días de restricción de actividad y 22 millones de días de escuela perdidos.<sup>1,2,3,4,5</sup>

En Cuba las atenciones médicas por enfermedades respiratorias agudas en el año 2006 fueron de 5 074 693 para una tasa de 450 pacientes por 1000 hab en 2006.

La etiología de la misma es viral, entre el 30 y el 35 % de ellos es por uno o más de 100 serotipos de rinovirus diferentes. Un menor número de casos es provocado por coronavirus, virus sincitial respiratorio, influenza y parainfluenza. Puede transmitirse hacia el epitelio nasal a través de las microgotas de Flugge, aunque actualmente se reconoce que la transmisión manos – manos es la vía más importante.<sup>5, 6</sup> Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad son fiebre, coriza, tos, secreción nasal y manifestaciones generales.<sup>6</sup>

#### **Objetivos del tratamiento:**

1. Aliviar los síntomas y signos de la enfermedad y acortar la duración de la misma.
2. Reducir la transmisión de la enfermedad a otras personas sanas.
3. Evitar las complicaciones de la enfermedad con un mínimo de efectos adversos.

#### **Tratamiento no farmacológico.**

Los expertos recomiendan mantener una ingesta adecuada de líquidos, fundamentalmente agua, para fluidificar las secreciones y que puedan ser eliminadas con mayor facilidad, aunque esta medida no ha sido contrastada adecuadamente con la realización de estudios controlados y aleatorizados. **(Rec. C)**

La inhalación de vapor de agua 3 ó más veces al día ha sido una alternativa terapéutica recomendada empíricamente en el tratamiento del catarro común. Sin embargo, en una revisión sistemática realizada, donde se analizaron los resultados de 6 ensayos clínicos con un total de 319 participantes para evaluar su eficacia en la resolución de los síntomas y la disminución de la resistencia nasal se observaron resultados contradictorios, por lo que no existen evidencias suficientes para recomendar su uso.<sup>7,8</sup> **(Rec. C)**

#### **Tratamiento farmacológico.**

Se han empleado diferentes grupos farmacológicos como antihistamínicos H<sub>1</sub>, descongestionantes nasales, expectorantes, mucolíticos, antitúsisígenos y vitamina C. En general se dispone de pocas evidencias provenientes de estudios contrastados que demuestren los beneficios de estos fármacos en la resolución de los síntomas y signos de la enfermedad. No existe ningún tratamiento específico disponible que haya demostrado eficacia en disminuir la duración e intensidad de los síntomas del catarro común. **(Rec. B)**

El control de la fiebre, mediante la administración de antipiréticos si la temperatura es superior a 38,5°C es uno de las terapias farmacológicas recomendadas<sup>7</sup> **(Rec. B)**. Los fármacos de elección son el paracetamol y el ibuprofeno. En niños el uso del ácido acetil salicílico (AAS) como antipirético, no se aconseja por su asociación con el síndrome de Reye. El paracetamol se administra a una dosis oral en el adulto de 0,5 -1 g c/4a 6 h (máximo 4g/d), y en niños de 10-15mg/kg por dosis c/4-6 h, sin exceder 5 dosis en 24 horas. El ibuprofeno a dosis oral en adultos y niños > 12 años de 200-400 mg c/ 4-6 h (máximo 1,6 g/d); niños 6 meses- 12 años v.o. 5-10 mg/kg/6-8 h (máximo 20 mg/kg/d). Una alternativa es la dipirona a una dosis oral en adultos y niños > 12 años de 600 mg c/6 - 12 h y rectal 1g c/ 6 - 12 h. En niños hasta 3 años 250 mg c /6- 8 h, niños de 4 - 11 años 300 - 600 mg c/6 h por v.o., rectal o i.m. Por vía parenteral (i.m.) adultos 0,5 -1 g por dosis; niños 10 - 12 mg/kg por dosis. No se aconseja sobrepasar los 400 mg/d.

Una revisión sistemática publicada por la Cochrane Library, la que evaluaba el empleo de antihistamínicos en monoterapia y combinados con descongestionantes nasales concluyó que la administración de antihistamínicos en monoterapia, tanto en niños como en adultos no aportaba ninguna mejoría sobre la congestión nasal, rinorrea y otros síntomas de la enfermedad. Por otra parte los antihistamínicos de primera generación en monoterapia causaron un mayor número de eventos adversos que el placebo, fundamentalmente los relacionados con la sedación, los que han sido recomendados como monoterapia.<sup>8,9</sup> **(Rec. C)**

La administración de descongestionantes nasales reduce los signos de congestión nasal durante un período de 3 a 10 horas, pero no se conoce su efectividad por períodos de tiempo mayores de 10 horas.<sup>9, 10</sup> **(Rec. B)**. Los descongestionantes no deben administrarse por períodos prolongados de tiempo (más de 7 días), pues pueden provocar irritación local, así como tolerancia con disminución del efecto, congestión

nasal de rebote y efectos adversos cardiovasculares<sup>11</sup>. En niños menores de 12 años se recomienda administrar las soluciones de suero fisiológico o de cloro bicarbonatadas. **(Rec C)**

Sin embargo, la combinación de antihistamínicos y descongestionantes nasales aportó discretos beneficios en niños mayores > 2 años y adultos en cuanto a la recuperación general de la enfermedad y a la mejoría de los síntomas nasales, aunque no está totalmente claro la significación clínica de estos beneficios.<sup>8,9,10</sup> **(Rec. B)**. Para niños pequeños, menores de 2 años, no existen evidencias de beneficios en relación a la mejoría de los signos y síntomas de la enfermedad de esta combinación.<sup>8,9</sup> **(Rec. B)**

El esquema terapéutico de los antihistamínicos y descongestionantes nasales disponibles en nuestro cuadro básico se pueden apreciar en la tabla 1.

Aunque la tos constituye una manifestación clínica frecuente del catarro común, el empleo de fármacos para el alivio de la misma no ha sido sostenido por evidencias consistentes de eficacia.

Los derivados del opio han sido los medicamentos con mayor frecuencia empleados en el alivio de este signo. En un metanálisis publicado, donde se evaluaban 6 ensayos clínicos con diferentes diseños en los que se comparaban la codeína y el dextromorfan con placebo, los resultados fueron contradictorios. Estudios en niños no han demostrado que el uso de antitusígenos sea superior al placebo para el alivio de la tos, aun cuando estos ensayos tenían problemas de diseño.<sup>11</sup> **(Rec. C)**

Los expectorantes y mucolíticos han sido ampliamente empleados y aún se recomiendan por los expertos para el tratamiento del catarro común con el propósito de resolver los signos y síntomas de la enfermedad<sup>9</sup> **(Rec. C)**. Los ensayos clínicos existentes en los que se comparan estos medicamentos con placebo tienen problemas metodológicos y resultados contradictorios, por lo que no existen evidencias sustentables que apoyen esta recomendación.

La vitamina C ha sido muy recomendada para el tratamiento del catarro común. Sin embargo, en una revisión sistemática de 30 ensayos clínicos con diferentes diseños metodológicos se llegó a concluir que la administración desde el comienzo de los síntomas hasta 10 días después de altas dosis diarias de vitamina C para prevenir la aparición del catarro común no está sustentada. Sin embargo, se demostró un modesto, pero consistente efecto beneficioso en términos de duración de los síntomas que puede deberse a la administración de dosis únicas elevadas (1 a 1,5 g/d), tras la aparición de los síntomas.<sup>9,12</sup> **(Rec. B)**

A pesar que los agentes antimicrobianos han sido y son aún ampliamente prescritos para el tratamiento del catarro común, no existe ninguna evidencia que su empleo ofrezca beneficio alguno, debido a la etiología viral de la enfermedad. En una revisión sistemática publicada por la Cochrane Library, que incluyó 7 ensayos clínicos, con un total de 2056 pacientes entre 6 meses y 49 años de edad con una calidad variable, se concluyó que no existen evidencias suficientes de que estos fármacos aporten beneficios importantes en el tratamiento del catarro común y si provocan un incremento significativo de efectos adversos, por lo que no se recomienda prescribir antimicrobianos para su tratamiento.<sup>9,13</sup> **(Rec. A)**

**Tabla 1. Medicamentos empleados en el tratamiento del Catarro común.**

Grupo	MEDICAMENTOS	ESQUEMA DE ADMINISTRACIÓN	
		NIÑOS	ADULTOS
Antihistamínicos H <sub>1</sub>	Loratadina <sup>1</sup> (tab. 10 mg y solución oral 5 mg/5 mL)	< 2 a 6 años: 5 mg/d > de 6 años y adultos: 10 mg/d.	10 mg/d.
	Dexclorfenamina (tab. 2 mg)	1 a 2 años: 1 mg 2 veces/d por v.o. 2 a 5 años: 1mg c/4 ó 6 h, máximo 6 mg/d. 6 a 12 años: 2 mg c/4 ó 6 h, máximo 12 mg/d.	4 mg c/ 4 ó 6 h. Dosis máxima: 24 mg/d.
	Difenhidramina (tab. 25 mg y jarabe 12.5 mg/5mL)	Peso < 9 Kg: 6,25 - 12,5 mg 3 ó 4 veces/d por v.o. Peso > 9 Kg: 12,5 -25 mg 3 ó 4 veces/d por v.o.	25-50 mg cada 6 u 8 h. Dosis máxima: 300 mg/d.

<b>Descongestionante nasal<sup>2</sup></b>	Efedrina	1 gota en cada fosa nasal 3 ó 4 veces/d.	1 a 2 gotas en cada fosa nasal 3 ó 4 veces/d.
<b>Antitusígeno</b>	Codeína (tab. 30 mg y sol. oral)	No se recomienda	Tableta 15-30 mg 3 ó 4 veces/d por v.o. Sol. oral 5 a 10 mL 3 ó 4 veces/d solución por v.o.

1. No se recomienda la administración de estos medicamentos a niños menores de 2 años.
2. No se recomienda la administración en niños menores de 3 meses, porque pueden provocar estrechamiento del paso nasal y además no existen evidencias de beneficios.

### Otitis media aguda

La otitis media aguda es la inflamación de la mucosa del oído medio con un inicio rápido de signos y síntomas, signos de efusión e inflamación del oído medio (abombamiento, enrojecimiento e inmovilidad de membrana timpánica, nivel hidroaéreo tras la membrana timpánica, otorrea, y otalgia que interfiere en las actividades de la vida diaria). Las formas de presentación pueden ser: con o sin derrame, y la recurrente (3 o más episodios en 6 a 12 meses).

Es una enfermedad muy común en la edad pediátrica, la lactancia y la primera infancia, con un pico entre los 6 y 18 meses. Entre el 50 y el 83 % de los niños la han padecido a los 3 años de edad; es poco frecuente en adolescentes y adultos. Cada año en Latinoamérica 1,3 millones de menores de cinco años de edad sufren de otitis media aguda que puede conducir a la hipoacusia y resulta además la primera causa de prescripción de antibióticos en la infancia. El 5% de los niños están predispuestos a desarrollar OMA a repetición y una tercera parte de los afectados con OMA tendrán un nuevo episodio en el primer mes.

La etiología bacteriana es la responsables del 65 % de estos episodios, los gérmenes más frecuentes son: *Streptococcus pneumoniae* (20-40%), *Haemophilus influenzae* (10-30%) y *Moraxella catarrhalis* (5-15%). Las infecciones virales por sincitial respiratorio, rinovirus, influenza, parainfluenza y adenovirus originan las dos terceras partes de las OMA. Pueden observarse infecciones mixtas: virales y bacterianas, y de bacterias aerobias y anaerobias. Las infecciones mixtas tienen una evolución más tórpida.<sup>14</sup>

Los factores predisponentes son: infección respiratoria viral, colonización nasofaríngea con los patógenos habituales, asistencia a círculo infantil, lactancia artificial, uso de chupete, predisposición familiar, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, tabaquismo pasivo, inmunodeficiencias, malformaciones craneofaciales y alergia respiratoria<sup>15</sup> (**Rec B**).

**Objetivos del tratamiento:** Lograr la curación de la infección y la prevención y manejo de las complicaciones.

**Tratamiento profiláctico:** La vacuna conjugada antineumococcica se piensa disminuye la incidencia de OMA en general y de OMA causada por los serotipos de la vacuna, sin embargo, en el momento actual no existe suficiente evidencia para recomendar la vacunación antineumocócica para la prevención de la OMA.<sup>16</sup> **Rec C.**

**Tratamiento no farmacológico:** No instilar nada en el oído, evitar mojar el interior del oído, prevenir los episodios al eliminar los factores de riesgo y propiciar una lactancia materna adecuada.

### Tratamiento farmacológico

**Tratamiento del dolor:** El alivio sintomático del dolor no debe dejarse de lado en el tratamiento de las otitis y debe procurarse en toda otalgia independientemente de si se instaura o no tratamiento antibiótico. El ibuprofeno es preferible al paracetamol, por su efecto antiinflamatorio. Debe administrarse de forma pautada en dosis altas (30-40 mg/kg/día), especialmente los primeros días. En los niños 1-2 años se usan dosis de 50 mg 3-4 veces/día, niños de 3-7 años. 100 mg 3-4 veces/día y entre 8 y 12 años 200 mg 3-4 veces/día. El paracetamol puede emplearse en dosis de 0,5 a 1 g por vía oral c/4 a 6 h, hasta un máximo de 4 g/d en los adultos, y en niños 10-15 mg/kg por vía oral c/4 a 6 h, sin exceder 5 tomas en 24 h. No se aconseja administrar por más de 5 días consecutivos. Otra alternativa en nuestro medio es la dipirona en

dosis de 500 – 575 mg cada 6-12h en adultos y niños mayores de 12 años, niños de 1-3 años: 250 mg cada 6-8 horas, si ello fuera necesario, niños de 4-11 años: 300-500 mg cada 6 horas. **Rec C**

Muchos autores recomiendan, además, utilizar calor seco local como coadyuvante; aunque no hay estudios sistemáticos que avalen su eficacia, se trata de una medida sencilla y segura por lo que podría utilizarse<sup>16</sup>

En caso de otorrea espesa el secado gentil del conducto es recomendable. Si alergia se trata con antihistamínicos y control ambiental. El uso de analgésicos tópicos, antihistamínicos y descongestivos nasales no tiene claros beneficios<sup>17,18</sup> (**Rec A**).

### Tratamiento específico

**Antibióticos:** la decisión de usar o no antimicrobianos dependerá de la edad del paciente, su estado general de salud y la presencia de factores de riesgos. El retraso en la prescripción de antibióticos parece ser una estrategia eficaz en pacientes de atención primaria con estado general conservado y que no presenten factores de riesgo, para reducir el uso de antibióticos y evitar la resistencia bacteriana. Se recomienda esperar 48 horas en el niño mayor de 2 años y 24 horas en el menor antes de la decisión de su administración.<sup>16</sup> (**Rec B**). La prescripción correcta determina la mejoría clínica de la OMA en 72 horas.<sup>16</sup> (**Rec B**).ver tabla 2.

**Tabla 2. Terapia Antibiótica**

Terapia Antibimicrobiana: individualizar Rec A				
Indicaciones	Antibiótico		Posología (mg/kg/día/dosis)	Tiempo
<u>&lt;de 2 años</u> (siempre)  <u>&gt; de 2 años</u> en los que la observación no se recomienda*	De elección	Amoxicilina ( <b>Rec. A</b> )	Dosis Habitual 40 – 50 v.o 3 dosis Dosis alta 80 – 90 v.o 3 dosis	10 d < 2 <sup>a</sup> Rec C 5-7 d > 2 <sup>a</sup> Rec A
	Alérgicos	Eritromicina ( <b>Rec. A</b> ) Trimetopríl/sulfametoxazol ( <b>Rec. A</b> )	30 – 50 v.o 4 dosis 10 – 40 v.o 2 dosis	10 - 14 d 10 - 14 d
	Síntomas > de 48 h, enfermedad severa	Amoxi-clavulánico ( <b>Rec. C</b> )	90 v.o 3 dosis	10 d
	Malos cumplidores	Azitromicina Claritromicina Ceftriaxona ( <b>Rec. A</b> )	10 v.o 1 dosis 15 v.o 2 dosis 50 i.m dosis única	5 d 7 – 10 d 1 a 3 d
	Formas recurrentes	Amoxi-clavulánico ( <b>Rec. C</b> )	80-90, 3 dosis	10 d

\* Observación no recomendada si otalgia severa, fiebre > 39°C, formas recurrentes, seguimiento no asegurado, falta de respuesta a tratamiento conservador, factores de mal pronóstico.

En adultos, la indicación o no de antibiótico terapia no está tan establecida, la práctica habitual suele ser la administración antibiótica, amoxicilina 250 mg oral cada 8 horas durante 5 días

Para los niños con O.M.A. recurrente puede utilizarse la amoxicilina en una dosis diaria de 20 mg/kg./día o trimetoprima-sulfametoxazol 12mg/Kg. La duración de la profilaxis es de 3 a 6 meses, principalmente durante la época de mayor incidencia de infecciones respiratorias altas.

Se deberá remitir al paciente en caso de perforación del tímpano, si no hay mejoría después de 5 días de tratamiento, si no se alivia el dolor, si el tímpano continua abultado sin mejoría después de 24 horas o cuando exista evidencia de complicaciones

### Otitis externa

La otitis externa se define como la inflamación del pabellón auricular y el conducto auditivo externo (CAE). Se pueden clasificar según su etiología en bacterianas, víricas y micóticas. Las bacterianas son las más frecuentes y representan, aproximadamente, el 80% de los casos. Dentro del grupo de las bacterianas se distinguen la otitis externa difusa y la furuncular (circunscrita).

Tipo	Descripción
Difusa	infección generalmente causada por: <ul style="list-style-type: none"> <li>•infecciones mixtas</li> <li>•dermatitis alérgica (por champús o jabones)</li> <li>•agua contaminada, por ejemplo de piscinas, etc</li> </ul>
Foruncular	puede ser causada por uno o más de los siguientes microorganismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>•<i>Staphylococcus</i></li> <li>•<i>Streptococcus</i></li> <li>•<i>Pseudomonas aeruginosa</i></li> <li>•<i>Proteus species</i></li> <li>•<i>Escherichia coli</i></li> </ul>

La otitis externa difusa es la inflamación del CAE uni o bilateral en toda su extensión, aparece en relación a agresiones que sufre el CAE durante los baños o la limpieza y rascado excesivo del mismo con cuerpos extraños. Los gérmenes más frecuentes son *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Cursa con otalgia, otorrea, hipoacusia, dolor de la región periauricular y mandibular y signo del trago. La afectación variable del pabellón (pericondritis) indica mayor gravedad del proceso y la posibilidad de aparecer complicaciones.

El forúnculo es la infección de un folículo piloso generalmente producida por *Estafilococo aureus*. Se aprecia una tumoración de aspecto inflamatorio, en la cara antero-inferior del CAE, con contenido purulento en su interior que fluctúa a la palpación. Hay otalgia, que aumenta a la presión en la zona del forúnculo y puede haber fiebre y adenopatías satélites pre- y retroauriculares.

### Objetivos del tratamiento

Mejorar los síntomas y eliminar la causa.

### Tratamiento no farmacológico (preventivo)

Para evitar las recidivas frecuentes de otitis externa difusa se recomienda:<sup>19</sup> (Rec. C)

- Mantener el conducto auditivo limpio y seco.
- No mojarse los oídos al bañarse, al ducharse o lavarse el pelo.
- Las gotas mezcla de ácido acético y alcohol (50 % de cada una de las partes) pueden prevenir la otitis tras el contacto con el agua.
- No usar tapones ni algodón en los oídos que retengan la humedad.
- No introducir objetos extraños en el CAE que lo puedan lesionar.
- Descartar una otitis media crónica antes de iniciar el tratamiento.

### Tratamiento farmacológico

**Tratamiento del dolor:** los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos como paracetamol, dipirona e ibuprofeno, pueden ser útiles para aliviar el dolor y mejorar la inflamación <sup>17</sup> (Rec. C).

Paracetamol: adultos 0,5 a 1 g por vía oral c/4 a 6 h, hasta un máximo de 4 g/d. Niños: 10-15 mg/kg por vía oral c/4 a 6 h, sin exceder 5 tomas en 24 h. No se aconseja administrar por más de 5 días consecutivos.

Dipirona: vía oral, adultos y niños mayores de 12 años: 500-575 mg c/6-12 h, niños de 1-3 años: 250 mg cada 6-8 horas, si ello fuera necesario, niños de 4-11 años: 300-500 mg cada 6 horas.

Ibuprofeno: adultos y niños mayores de 12 años, por vía oral: 200 mg/4-6 h, si fuera necesario aumentar a 400 mg/6-8 h, hasta un máximo de 1,6 g/d, en los niños 1-2 años se usan dosis de 50 mg 3-4 veces/día, niños de 3-7 años. 100 mg 3-4 veces/día y entre 8 y 12 años 200 mg 3-4 veces/día

### Tratamiento específico

**Antibióticos:** el tratamiento de elección para la otitis externa difusa es el antibiótico tópico, porque con él se consigue una alta concentración del mismo en el lugar de la infección, minimiza el riesgo de resistencias bacterianas y se consigue una rápida disminución cuantitativa de microorganismos. (Rec. C)

**Tabla 5.** Tratamiento de la otitis externa <sup>17,18</sup> **(Rec. C)**

Tipo de otitis	Medidas	Fármaco
<b>Otitis Externa Difusa</b>	Acido acético 2% Gotas tópicas (antibióticos + corticoides) y colocar tapón Si extensión del proceso, añadir antibióticos sistémicos	Ciprofloxacino 0,3%, 4-6 gotas c/ 8 hs durante 7 d, asociado o no a glucocorticoides (hidrocortisona) Alternativa: Aminoglucósidos (gentamicina, o neomicina) con polimixina B, 4-6 gotas c/ 4-6 h durante 7 d, asociado o no a glucocorticoides.
<b>Otitis Externa Foruncular</b>	Aplicación tópica de pomada antibiótica	Ciprofloxacino 0,3%, 4-6 gotas c/ 8 h durante 7 d, asociado o no a glucocorticoides (hidrocortisona)  + Tratamiento sistémico con un betalactámico (oxacilina 500 mg/6h) durante 5 d •niños menores de 2 años: 125 mg •niños de 2 – 10 años: 250 mg • En pacientes alérgicos a la penicilina: eritromicina oral cada 6 horas antes de las comidas durante 5 días •niños de 5 – 10 kg: 62,5 mg •niños de 10 – 15 kg: 125 mg •niños de más de 15 kg y adultos: 250 mg

\* No aplicar pomadas en el oído. No usar neomicina si hay perforación de membrana timpánica. La duración aconsejada es de 5-7 días, pero se debe mantener 3-4 días tras la mejoría. La mayoría de los preparados tópicos no deben administrarse más de 10 días.<sup>17</sup>

#### Tratamiento sistémico

Soló se indicarán los antimicrobianos orales si diseminación de la infección más allá del CAE (celulitis facial o del pabellón auricular), adenitis parotídea o de la cadena laterosuperior del cuello. Se recomiendan quinolonas ciprofloxacina 500mg/12h por 10 días **(Rec. C)**.

Si no hay respuesta al tratamiento en 7 días, deberá remitirse al paciente al especialista.

#### Bibliografía.

1. Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En: <http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>
2. Capítulo IX - Como atender al niño con infecciones respiratorias agudas y que hacer para prevenirla Disponible en: <http://media.payson.tulane.edu:8086/spanish/aps/aps18s/ch09.htm>
3. Hajioff D. Otitis Externa. Clin Evid. Sept. 2006. URL disponible en: [www.clinicalevidence.org](http://www.clinicalevidence.org). Fecha de acceso: 6 / marzo / 2008.
4. University of Michigan Health System (UMHS). Otitis media. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System (UMHS); 2007 July. 12 p.
5. Lauber B. The common cold. *J Gen Intern Med* 1996; 11:229–236. [PubMed]
6. Cold, flu or neumonía. Mayo Clinic Health Letter. Nov. 1993. Disponible en: <http://www.mayohealth.org/mayo/9311/hm/coldflu.htm>.
7. Snellman L, Graft D, Avery W, Jenkins J, Krueger H, Sparks C et al. Health Care Guideline: diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. ISCI. Acceso mayo 2008. URL disponible en: <http://www.icsi.org>.
8. Singh M. Heated, humidified air for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

9. De Sutter AIM, Lemiengre M, Campbell H, Mackinnon HF. Antihistamines for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
10. Arroll B. Common Cold. Clin Evid May. 2006. URL disponible en: [www.clinicalevidence.org](http://www.clinicalevidence.org). Fecha de acceso: 22 / febrero / 2008.
11. Taverner D, Latte J, Draper M. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
12. Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
13. Douglas RM, Chalker EB, Treacy B. Vitamina C para el resfriado común (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
14. Arroll B, Kenealy T. Antibióticos para el Resfriado común (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
15. Boletín epidemiológico del IPK Vol. 17, No. 01, Año 2007
16. Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. JAMA. 1998 Mar 18;279(11):875-7
17. Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [v.1/2007] [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
18. Flynn CA, Griffin GH, Schultz JK. Descongestivos y antihistamínicos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
19. Sandford PJ. Guía de terapéutica antimicrobiana 36th edition. 2006.

**Autores de la Guía:** Autores de la Guía: Dr. Luis E. Salazar, especialista en Farmacología, Dra. Giset Jiménez López, especialista en Farmacología, Dr Alfredo Hernández Nuñez, Especialista de 1er grado en Pediatría, Dr. Angel López Aguilera, Especialista en Epidemiología.

**Comité de redacción:** Dra. Cires Pujol, Miriam Especialista en Farmacología.- Dr. Furones Mourelle, Juan Antonio Especialista en Farmacología.- Dr. Pérez Peña, Julián Especialista en Administración de Salud.- Dr. Silva Herrera, Lázaro Especialista en MGI.- Dr. Sansó Soberats, Félix Especialista en MGI.- Dra. Delgado Martínez, Ibis, Especialista en Medicina interna, Lic. Debesa García, Francisco, en Farmacia.- Dra. Calvo Barbado, Dulce Especialista en Farmacología.

*El Comité de redacción acepta colaboraciones y agradecerá cualquier sugerencia para futuras publicaciones, pudiendo enviar a **Correspondencia a:** Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología Calle 44 No. 502 esquina. 5ta. Ave. Playa. CP 11300. Ciudad de la Habana, Cuba. Correo electrónico a: [cdf@infomed.sld.cu](mailto:cdf@infomed.sld.cu)*