

Autoras: Nieves Arellano Díaz, María García Palacios, Renata Dus, Emilia Vicente Carrión, Carmen López García

OTITIS EXTERNA EN ADULTOS

Se produce por la inflamación de la piel que recubre el pabellón auricular, conducto auditivo externo (CAE) y capa epitelial externa del tímpano. Existen factores externos (manipulación, cambios de pH por baños...) y propios del paciente (eccema, membrana timpánica no intacta, diabetes) que aumentan la probabilidad de contraer otitis externa.

ETIOLOGÍA:

Pseudomonas aeruginosa (20-60%), *Staphylococcus aureus* (10-70%), polimicrobiana. Fúngica: *Aspergillus* spp, *Candida* spp.

CLASIFICACIÓN:

- 1.- **Otitis externa difusa:** Inflamación difusa de la piel del CAE. Afecta de forma más extensa a los tejidos blandos auriculares. Su síntoma más característico es el dolor, que aumenta a la presión sobre el área afectada.
- 2.- **Otitis externa circunscrita (Forúnculo):** Infección de un folículo piloso del CAE. Se le denomina a la otitis que aparece de forma localizada (forúnculo). Su síntoma más característico es el dolor, que aumenta a la presión sobre el área afectada.
- 3.- **Otomycosis:** Infección provocada por hongos. Los síntomas más frecuentes son el prurito y la descamación del CAE. A la exploración encontramos un conducto seco y descamado. Pueden existir tapones epidérmicos difíciles de extraer.
- 4.- **Miringitis:** Inflamación de la capa externa epitelial del tímpano (piel) a veces acompañado de vesículas hemorrágicas (bullosa) en el contexto de un resfriado común y ocasionado por los virus causantes de éste, y evoluciona espontáneamente a la curación.
- 4.- **Otitis externa eccematosa:** Eccema de la piel del CAE.

TRATAMIENTO

1) OTITIS EXTERNA DIFUSA

CIRCUNSTANCIA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Versión: 15/12/2018 Página 1 de 14	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



MODIFICADORA				
Otitis externa (OE) no complicada	No indicado *	A		
Otitis externa (OE) difusa sin mejoría a las 48-72 horas	Ciprofloxacino tópico 0.3%, 2-4 gotas cada 8-12 horas, 7-10 días*	A	Si edema conducto auditivo externo (CAE): Ciprofloxacino/fluocinolona tópico** 2-4 gotas cada 12 horas, 7 días	A

* Se indica tratamiento tópico con ácido acético al 2% cada 6-8 horas (D) y tratamiento sintomático: analgésicos (paracetamol) o antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno).

** : Cuando el edema en CAE impide la entrada del preparado, se puede insertar en el conducto una mecha de gasa sobre la que instilar las gotas

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua
- Informar a los pacientes sobre la correcta administración de las gotas
- Resolver las expectativas del paciente sobre la duración de los síntomas
- **Medidas preventivas** en personas con tendencia a OE (precauciones durante baños en piscinas):
 - Uso de tapones, excepto si existe infección activa
 - Secar el oído tras el baño. Usar preparados con ácido acético 2% o alcohol boricado 60%, que acidifican el pH del conducto y lo desecan, evitando la proliferación de la flora susceptible de provocar infección (A)

2) OTITIS EXTERNA CIRCUNSCRITA

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
OE circunscrita (OE localizada o forúnculo)	Mupirocina tópica 2%, una aplicación cada 8 horas	A*		
OE circunscrita (forúnculo) con mayor afectación de tejidos blandos (celulitis)	Amoxicilina/clavulánico oral, 875/125 mgr cada 8 horas, 7 días	E	Alérgicos betaláctamicos (toda sospecha debe ser estudiada): Clindamicina oral, 300 mgr cada 8 horas, 10 días.	E

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 2 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Aplicación de calor local (favorece la maduración del forúnculo y su drenaje espontáneo). Considerar incisión y drenaje.

3) OTOMICOSIS

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Otomicosis	No indicado*	C		

- El uso de antibacterianos está contraindicado ya que puede promover un aumento en el crecimiento de hongos. De persistir el cuadro: cotrimazol tópico al 1%, 8 gotas cada 12 horas, 14 días.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Limpieza del conducto auditivo externo por aspiración
- Instaurar tratamiento tópico con alcohol boricado 70° a saturación, 5gotas cada 12 horas al menos 10 días (A)

4) MIRINGITIS

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Miringitis bullosa leve	No indicado*	C*		

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Instaurar tratamiento tópico con alcohol boricado 70° a saturación, 5gotas cada 12 horas al menos 10 días

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Miringitis bullosa con afectación extensa y severa (sospecha Infección por Mycoplasma)	Azitromicina oral, 500 mgr cada 12 horas, 3 días	E		

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 	
Página 3 de 14		 	

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



5) OTITIS EXTERNA ECCEMATOSA

Los síntomas más frecuentes son el prurito y la descamación del CAE. A la exploración encontramos un conducto seco y descamado. Pueden existir tapones epidérmicos difíciles de extraer.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS

- Evitar la humedad
- Aceite ocasional para mantener el oído lo menos seco posible
- En las fases más agudas, tratamiento tópico con esteroides (Mometasona a 4-5 gotas/24 horas durante 5-6 días).
- En las sobreinfecciones, el tratamiento será el de la otitis externa difusa.
- Si existen sobreinfecciones muy frecuentes, se aconseja utilizar un antiséptico (alcohol boricado) tras los baños.

NOTAS DE SEGURIDAD

Amoxicilina-clavulánico: La agencia Española del medicamento (AEMPS) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

Azitromicina (macrólidos): La agencia Española del medicamento (AEMPS) advierte que azitromicina puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardiaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardiaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardiaco o arritmias.

INDICACIONES DE DERIVACIÓN A ORL

- Edema del conducto que limita la aplicación de gotas óticas
- Celulitis subcutánea importante
- Fracaso terapéutico tras 10 días.

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 4 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



- Sospecha de otitis externa maligna
- Otitis externa tras cirugía otológica.
- En pacientes diabéticos o inmunodeprimidos, con necrosis.

OTITIS EXTERNA EN PEDIATRÍA

ETIOLOGÍA

Bacteriana (80%) (Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus); víricas y micóticas (Aspergillus niger, Candida albicans). (20%)

CLASIFICACIÓN

- 1) Otitis externa (OE) difusa no complicada
- 2) OE circunscrita (OE localizada o forúnculo)
- 3) OE con afectación extensa de tejidos blandos (celulitis) o afectación general
- 4) Otomicosis

TRATAMIENTO

1) OTITIS EXTERNA (OE) DIFUSA NO COMPLICADA

CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Otitis externa (OE) difusa no complicada	Ciprofloxacino tópico 0,3% 2-4 gotas cada 8-12 horas, 7-10 días (a)	D	Si edema del conducto auditivo externo: Ciprofloxacino/fuiciclinolona tópico 2-4 gotas cada 12 horas (7 días)	D

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Informar a los pacientes sobre la correcta administración de las gotas
- Resolver las expectativas del paciente sobre la duración de los síntomas

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 5 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



- 2) OE CIRCUNSCRITA (OE localizada o forúnculo)**

CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
OE circunscrita OE localizada o porrúnculo)	Mupirocina tópica 2%, una aplicación cada 8 horas	A*	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Azitromicina oral 500 mgr cada 24 horas (3 días)	

- Aplicación de calor local (favorece la maduración del forúnculo y su drenaje espontáneo).
- Precaución durante los baños en piscinas, etc. (uso de tapones adecuados, excepto si existe infección activa). Secar el oído tras el baño

3) OE CON AFECTACIÓN EXTENSA DE TEJIDOS BLANDOS (CELULITIS) O AFECTACIÓN GENERAL

CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
E con afectación extensa de tejidos blandos (celulitis)	Cloxacilina oral, 50-100 mg/Kg cada 6 horas, 5-10 días.	A*	Alérgicos a betalactámicos: Clindamicina oral 15-25 mg/Kg/día, en 3 tomas, 10 días	E
E con afectación general (c)	Amoxicilina/clavulánico oral, 80-90 mg/10 mg/Kg/día, en 3 tomas, 10-14 días	E		

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia			
Página 6 de 14				

www.061murcia.org.

4) OTOMICOSIS

CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Otomiosis	No indicado (b)	C		

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Limpieza del conducto auditivo externo por aspiración.
- Precaución durante los baños en piscinas, etc (uso de tapones adecuados, excepto si existe infección activa). Secar el oído tras el baño

OBSERVACIONES

(a) Se recomienda utilizar preparaciones tópicas en la terapia inicial en OE no complicada. La terapia antimicrobiana sistémica no se debe usar a menos que se haya extendido al conducto auditivo externo o en presencia de factores de riesgo específicos que indiquen necesidad de terapia sistémica. Se indica tratamiento sintomático: analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (paracetamol o ibuprofeno) ± glucocorticoides. En casos leves, se puede iniciar el tratamiento tópico con ácido acético al 2%. Los preparados con ácido acético al 2% o alcohol boricado a saturación, logran acidificar el pH del conducto y desecarlo, evitando la proliferación de la flora susceptible de provocar infección local. Cuando el edema de conducto auditivo externo impide la entrada del preparado, se puede insertar en el conducto una mecha de gasa sobre la que instilar las gotas.

(b) Se debe instaurar tratamiento tópico con ácido acético al 2% o alcohol boricado a saturación 3-4 gotas cada 6-8 horas, 5-7 días. El uso de antibacterianos en otomiosis está contraindicado ya que puede promover un aumento en el crecimiento de hongos.

(c) En el caso de pacientes con alto riesgo de infección por Pseudomonas (inmunocomprometidos o diabéticos), estaría recomendada una fluorquinolona o aminoglucósidos. Estos pacientes deberían ser derivados al especialista hospitalario

NOTAS DE SEGURIDAD

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 7 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Alcohol boricado: Está contraindicado en niños menores de 3 años, en caso de perforación timpánica o cuando haya heridas abiertas en la piel del interior del oído.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

- Ausencia de mejoría tras completar ciclo de tratamiento
- Sospecha de OE maligna (en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos, con necrosis que se extiende a cartílago y hueso)
- Antecedentes de intervención quirúrgica ótica reciente.

OTITIS MEDIA EN ADULTOS

La otitis media aguda (OMA) supone la presencia de inflamación que afecta a la mucosa del oído medio y tímpano, y cuyo curso clínico generalmente conduce a la aparición de derrame. Su frecuencia se reduce considerablemente en adultos. En un 75-90% de los casos se trata de una infección autolimitada que evoluciona hacia la curación espontánea en un plazo medio de 7 a 10 días. La evolución de una otalgia inicial suele ser a otitis serosa, no bacteriana. Si persiste más de 7 días, sí es probable que se trate de OMA.

ETIOLOGÍA:

Bacteriana: Streptococcus pneumoniae (33%), Haemophilus influenzae (27%), Streptococcus pyogenes (5%), Staphylococcus aureus (2%), Moraxella catharralis (1%); vírica.

TRATAMIENTO ADULTOS

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar la entrada de agua
- Evitar humo tabaco y otros contaminantes

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ELECCIÓN	G R	ALTERNATIVA	GR
Versión: 15/12/2018 Página 8 de 14	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001 AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002		

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Otitis media aguda (OMA) sin signos de gravedad	No indicado Actitud expectante	A		
	Valorar prescripción diferida	B		
OMA sin mejoría en 48-72 horas	Amoxicilina oral, 750-1000 mg(a) cada 12 horas, 7 días (b)	C	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Azitromicina oral 500 mgr cada 24 horas (3 días)	A
OMA sin mejoría tras 48-72 horas de tratamiento con amoxicilina. OMA grave (fiebre >39°C, otalgia intensa)	Amoxicilina/clavulánico: vía oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 10 días	A	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Azitromicina oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días	A

OBSERVACIONES:

*Se indica tratamiento sintomático (analgésicos o antiinflamatorios). La actitud expectante debe limitarse a pacientes sin patología o antecedentes que puedan agravar el pronóstico y en los que la consulta médica para revisión sea fácilmente accesible.

(a). Las dosis recomendadas de amoxicilina son de 875 y 1000 mgr, pero la presentación de 875 no existe en España.

(b). Si el paciente evoluciona favorablemente, valorar pauta de 5 días de tratamiento

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- OMA recurrente (3 episodios en 6 meses; > 4 en un año)
- Ausencia de respuesta tras 2 series de antibióticos
- Intolerancia a la medicación oral
- Afectación importante del estado general
- Signos de cuadro séptico intracraneal (meningitis, laberintitis, trombosis del seno lateral).

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 9 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



COMPLICACIONES DE LA OMA

- Mastoiditis aguda
- Parálisis facial
- Laberintitis
- Meningitis
- Absceso cerebral.

OTITIS MEDIA EN NIÑOS

Suele cursar con otalgia, otorrea, hipoacusia, fiebre o irritabilidad. Se resuelve con frecuencia de forma espontánea, sin necesidad de tratamiento antibiótico en el 80% de los niños, aunque la curación espontánea es inferior en < 2 años de edad. La OMA es uno de los motivos de consulta más frecuente en la edad pediátrica: aproximadamente un 70% de los niños presentan al menos 3 episodios de OMA antes de cumplir los 7 años, con dos picos de máxima incidencia entre los 6 y 11 meses y los 4 y 5 años.

ETIOLOGÍA:

Vírica (20%), H. influenzae (42%), S. pneumoniae (31%), S. pyogenes (13%), M. catharralis (1%), S. aureus (1-3%).

TRATAMIENTO

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Proteger los oídos de la entrada de agua tras episodios de otorrea
- Hidratación adecuada
- Factores que disminuyen la incidencia de OMA: lactancia materna, evitar reflujo tras la ingesta (alimentar al niño semi-incorporado), evitar la exposición a humo de tabaco y otros contaminantes
- Se debe informar sobre el potencial dañino del exceso de uso de antibióticos

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 10 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

[illegible]

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia			
Página 11 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



48 horas, fiebre < 39°C)				
OMA con síntomas severos o en grupos de riesgo de mala evolución (otalgia moderada/severa, >48 horas, fiebre >39°C)	Amoxicilina oral 80-90mgr/Kgr/día en 2-3 tomas (dosis máxima: 3 gr/día), 5-10 días(b) (g)	A	Alérgicos a betalactámicos: Azitromicina oral, 10 mg/Kg/día, 1 toma (dosis máxima: 500 mg/día), 3 días	A
OMA sin mejoría tras 48-72 horas de tratamiento con amoxicilina (a)	Amoxicilina/clavulánico oral 80-90mgr/10 mgr/Kgr/día 3 tomas (dosis máxima: 3 gr/día), 10 días	A	Alérgicos a betalactámicos: Azitromicina oral, 10 mg/Kg/día, 1 toma (dosis máxima: 500 mg/día), 3 días Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral Ceftriaxona (f) im, 50 mg/Kg/día, 3 dosis	A
OMA recurrente (a)	Amoxicilina/clavulánico oral 80-90mgr/10 mgr/Kgr/día 3 tomas (dosis máxima: 3 gr/día), 10 días	C		A
Profilaxis de OMA recurrente	No indicado			

OBSERVACIONES

- Situaciones de riesgo para la implicación de bacterias productoras de betalactamasas
- Toda sospecha de alergia a betalactámicos debe ser estudiada y confirmarse o descartarse, tanto a penicilinas como a cefalosporinas.
- Dado que el perfil de resistencias de neumococo a cefalosporinas de 2º generación oscila de una forma importante (entre un 14% y un 21% en nuestro entorno), se recomienda realizar seguimiento estrecho de la evolución del paciente cuando se indique este tratamiento.
- Tratamiento sintomático: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (paracetamol, ibuprofeno). No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos ni antihistamínicos. La inmunización contra el neumococo y la vacunación anual contra la gripe han mostrado tener un impacto pequeño en la frecuencia y prevención de OMA.

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 12 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



- e. En actitud expectante se debe asegurar el seguimiento del paciente e iniciar tratamiento antibiótico si no mejora a las 48-72 horas^{15,18}. Implicar a los padres de niños mayores de 2 años con OMA no complicada en la prescripción diferida de antibióticos reduce su consumo.
- f. Ceftriaxona: medicamento de “diagnóstico hospitalario”: requiere visado.
- g. Duración del tratamiento: en niños de más de 2 años y evolución favorable, la duración del tratamiento puede limitarse a 5 días. Considerar 10 días en niños menores de 2 años o con signos severos y con posible sinusitis o faringitis concomitante

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ORL:

- Niños menores de 2 meses.
- OMA recurrente (3 episodios en 6 meses; más de 4 en un año)
- Ausencia de respuesta tras dos series de antibióticos
- Intolerancia a la medicación oral
- Afectación importante del estado general
- Signos de cuadro séptico intracraneal (mastoiditis, meningitis, laberintitis, trombosis del seno lateral).

BIBLIOGRAFÍA

1. R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
2. Charles J Limb, MD., Lawrence R Lustig, MD., Jerome O Klein, MD. (2017). Acute otitis media in adults. Uptodate.

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 13 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



3. Moya Mir, M.S., Piñera Salmerón, P., Mariné Blanco, M., (2010). Tratado de Medicina de Urgencias. En S. Tomás Vecina y A. Germán Tomás. (Ed), Otras urgencias ORL (pp.1094-1096). Madrid: Ergon.
4. Municio, J.A., Valencia, J.C. Manejo de la otitis en pediatría extrahospitalaria. Abril 2003.
5. Del Castillo, F. "Otitis Media Aguda: criterios diagnósticos y aproximación terapéutica". An. Esp. Ped.; (56), supl 1: 40-47, 2002.
6. Del Castillo Martín F, Delgado Rubio A, Rodrigo G, de Liria C, Villafruela MA, Cervera J, Picazo JJ. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. An Pediatr. 2007;66: 603-10
7. F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, M.J. García Miguel, A. Méndez Echevarría*. Unidad de Infectología Pediátrica. *Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil La Paz. Madrid. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 14 de 14				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.

