



OMA y macrólidos: ¿Qué podemos esperar?

Rosa Albañil

CS Cuzco

Fuenlabrada, Madrid



- Niño de 19 meses,
 - Sano
 - correctamente vacunado incluyendo antineumocócica 13 valente
 - no alergias conocidas
- Clínica: Irritabilidad y fiebre de 39,5 de 24 horas de evolución
- Exploración con secreción purulenta en CAE derecho, tímpano izquierdo abombado e hiperémico
- Diagnóstico: OMA bilateral
- Tratamiento: Azitromicina: 10 mg Kg/día, durante 3 días



- la madre del niño dice que es “un mal tomador” y que cree imposible administrarle un antibiótico 3 veces al día , durante 10 días, por eso se ha prescrito un antibiótico que permite pauta corta y una dosis única al día.



- Comentarios:
- ¿Este niño precisa tratamiento antibiótico?
 - Presenta una OMA clara con síntomas intensos, pero no se refiere mal estado general
 - La edad (menor de 2 años), la presencia de síntomas intensos, bilateralidad y otorrea son datos que aconsejan tratamiento antibiótico porque los pacientes con estas características se benefician del mismo



- ¿Es Azitromicina una buena opción terapéutica en OMA?
 - Los gérmenes que con mayor frecuencia son responsables de OMA son Neumococo y Haemophilus influenzae. Por la menor posibilidad de evolución favorable espontánea es prioritario cubrir Neumococo.

An Pediatr (Barc). 2012;77 (11):345.e1-

345.e8

[Medicina Clínica 2011; 137: 1-7](#)

An Pediatr. 2015; 83: 183-90



- **Neumococo:**
 - resistencia a Amoxicilina en 28 % vencible con altas dosis
 - resistencia a macrólidos 39,1 - 45,8%
- **Haemophilus influenzae :**
 - productor de betalactamasas en 20%
- **Azitromicina no es una buena opción terapéutica**

An Pediatr (Barc). 2012;77 (11):345.e1-

345.e8

[Medicina Clínica 2011; 137: 1-7](#)

An Pediatr. 2015; 83: 183-90

ANTIMICROBIAL AGENTS AND
CHEMOTHERAPY, 2010; 54: 2953-2959



Comentario

- ¿Cuál es la opción terapéutica correcta?
 - Considerando la prioridad de cubrir NMC la opción sería Amoxicilina a altas dosis
 - Con esta opción no se cubren HI productores de betalactamasas que son 20% de los HI
 - Si se tratara de un niño no vacunado o en el que su estado o factores de riesgo aconsejaran cubrir de entrada ambos gérmenes, incluyendo los HI productores de betalactamasas la mejor opción es Amoxicilina-clavulánico (8/1) a altas dosis

An Pediatr (Barc). 2012;77 (11):345.e1-

345.e8

[Medicina Clínica 2011; 137: 1-7](#)

An Pediatr. 2015; 83: 183-90

ANTIMICROBIAL AGENTS AND
CHEMOTHERAPY, 2010; 54: 2953-
2959



Comentario

- Otras opciones terapéuticas
- Aunque ambos antibióticos se administran generalmente en 3 dosis/ día, en el Consenso de AAP y en dificultades de administración también en el Consenso español, se admiten 2/ día
- En casos de intolerancia digestiva la recomendación es Ceftriaxona* im 50 mg xKg, cada 24 horas 3 dosis, puede ser una opción si verdaderamente se demuestra que no es posible administrar atb oral
- *de diagnóstico hospitalario



- Comentario adicional
- Ante una otorrea franca es aconsejable tomar una muestra para cultivo previo al inicio del tratamiento
- Una vez recibido los resultados y el antibiograma de la muestra el tratamiento debe reevaluarse y sustituirse por el antibiótico de menor espectro al que el germen sea sensible