

# EL CONSEJO FARMACÉUTICO ANTE LOS PROBLEMAS DE OÍDO (II)

## OTROS PROBLEMAS OTOLÓGICOS

### Definición de Síntomas

La **hipoacusia** o pérdida de audición se define como la disminución del nivel auditivo por debajo de lo normal, cuya intensidad puede oscilar de leve a total, y que constituye un motivo habitual de consulta en Atención Primaria.<sup>1</sup>

Los **acúfenos** definen la percepción de un sonido sin que exista una fuente sonora externa que lo origine. Con frecuencia se perciben como ruidos complejos (timbre, grillo, murmullo de mar; chorro de vapor; etc).<sup>2</sup>

El **vértigo** denota la errónea percepción de movimiento (generalmente rotatorio), de una persona o de los objetos que la rodean.<sup>3,4</sup>

Es importante tener en cuenta que las tres entidades definidas no son enfermedades sino síntomas, por lo que, ante consultas de este tipo y tras valorar otros síntomas acompañantes, se remitirá al paciente al médico para que realice el diagnóstico diferencial con otras enfermedades no otológicas, y prescriba el tratamiento adecuado.

- Las hipoacusias de transmisión o conducción, debidas a alteraciones del oído externo o medio que impiden la transmisión normal del sonido, pueden presentarse como síntoma acompañante en todos los problemas descritos hasta ahora (tapones de cera, otitis externa y media, o cuerpos extraños).

- El 90% de los pacientes con acúfenos tiene problemas otológicos como tapones de cera, síndrome de Menière, barotrauma etc, y en el 10% existe toxicidad por fármacos.<sup>2</sup>

- El vértigo periférico puede ser debido a lesiones en el oído interno (sistema vestibular), y presentarse asociado a los dos síntomas anteriores, como se explicará más adelante.

### Barotraumatismos

En condiciones normales, los mecanismos fisiológicos de deglución, masticación o bostezo permiten la apertura de las trompas de Eustaquio, con objeto de igualar la presión de la caja del tímpano con el exterior. Cuando una persona se somete a variaciones de presión muy rápidas, que es lo que sucede en el momento del aterrizaje de un avión,

esta capacidad de compensación por parte de las trompas se va reduciendo, de manera que se hace necesaria una apertura activa de las trompas mediante la *maniobra de Valsalva* (forzar la entrada de aire en el oído sonándose la nariz, con la boca y fosas nasales bien cerradas). Cuando esta apertura activa no es posible, se produce el barotraumatismo del oído.

Los síntomas del barotraumatismo son: otalgia, hipoacusia, acúfenos, autofonía, y otorragia si existe perforación timpánica.

El mejor tratamiento es el preventivo, por lo que el consejo farmacéutico ante la consulta sobre dolor de oídos y viajes en avión será:

- Evitar volar si se tiene un cuadro agudo de vías respiratorias altas (catarros, alergias, sinusitis).
- Si no se puede evitar el vuelo, usar vasoconstrictores nasales antes del vuelo.
- No estar dormido durante el aterrizaje. Masticar, deglutar, o en lactantes, amamantar o succionar.
- Si se inicien los síntomas de taponamiento, realizar la maniobra de Valsalva repetidamente.
- Si se refieren los síntomas del barotraumatismo con el antecedente de un viaje en avión o la práctica de submarinismo, se remitirá al médico para que examine el oído y establezca el tratamiento o las medidas oportunas.<sup>5</sup>

### Vértigo

La persona afectada de vértigo, síntoma ya definido anteriormente, lo vive de forma dramática, además de ser moderadamente incapacitante e impedir a quien lo padece el llevar una vida normal. Su origen puede localizarse a nivel del sistema nervioso central, o bien a nivel periférico (oído medio, interno, y nervios del VII par craneal). El más frecuente es un tipo de vértigo periférico, llamado vértigo posicional benigno, que se acompaña de náuseas y vómitos, pero no de síntomas otológicos. El denominado síndrome de Menière es, como el anterior, un vértigo de origen periférico, pero lleva asociados síntomas como hipoacusia o acúfenos. Las crisis vertiginosas responden a giros o cambios de posición de la cabeza en el primer caso, siendo espontáneas y sin causa desencadenante en el segundo.<sup>4,6,7</sup>

El diagnóstico lo realizará el médico según los síntomas referidos por el paciente, los

resultados de pruebas de equilibrio, pruebas de imagen y exámenes sanguíneos complementarios.<sup>3,4</sup>

Ante lo que parece ser una crisis de vértigo, la actuación del farmacéutico consistirá en:

- recomendar el reposo; el paciente ha de permanecer tumbado en la oscuridad, inmóvil, y alejado de ruidos externos.
- remitir a la persona afectada al médico, quien determinará la causa del vértigo e indicará el tratamiento adecuado; éste es en principio sintomático, encaminado a eliminar la ansiedad, las náuseas y vómitos si se presentan, y la irritación vestibular que origina el mareo. Con este objeto se prescriben antihistamínicos H1 (dименхидринат, діфенгідрамін, тіліперацін) y/o neurolepticos (спуріпід), y ocasionalmente бензодіазепіни (діазепам); este tratamiento se mantiene sólo durante la crisis, sin sobrepasar un máximo de 3-4 días. Posteriormente, pueden recomendarse ejercicios de rehabilitación vestibular en el caso del vértigo posicional benigno, mientras que en la enfermedad de Menière suele prescribirse un tratamiento preventivo entre las crisis vertiginosas, basado en el empleo de бетахістіна o діуретіка тіазідіко, además de recomendar una dieta baja en sal y restringir la ingesta de líquidos.
- tranquilizar al paciente en cuanto a la benignidad del problema, e informar sobre la evolución y prevención del mismo. El vértigo posicional benigno suele curar espontáneamente en varios meses, aunque son frecuentes las recaídas. El tratamiento intercrisis de la enfermedad de Menière consigue reducir la frecuencia e intensidad de las mismas en la mayoría de los pacientes.
- insistir en el cumplimiento del tratamiento y de las medidas higiénico-dietéticas destinadas a prevenir nuevos episodios de vértigo: evitar ruidos fuertes, cambios de presión bruscos, productos de limpieza irritantes, empleo de bastoncillos, infecciones etc, que suponen una agresión para el oído, y

## S U M A R I O

El Consejo Farmacéutico ante los Problemas de Oído (II)

pags. I-4

no consumir alimentos ricos en sal (precocinados, conservas...), restringiendo además la ingesta de líquidos en la enfermedad de Menière.

- vigilar los posibles efectos secundarios del tratamiento, así como la remisión o no de los síntomas, para advertir al médico de la necesidad de instaurar otras medidas terapéuticas.<sup>3,4,6,7,8</sup>

### Ototoxicid ad por Medicamentos

Existen numerosos medicamentos que incluyen la ototoxicidad entre sus efectos adversos pero, curiosamente, es una circunstancia que no siempre se tiene en cuenta, lo que lleva a prescribir fármacos potencialmente ototóxicos a pacientes con hipoacusia previa, agravando el problema. El farmacéutico deberá estar alerta para prevenir esta eventualidad, para lo cual resultan de interés las consideraciones siguientes:

- Las manifestaciones de ototoxicidad son diferentes según el área del oído interno afectada:
- \* si se trata de la zona coclear, la primera manifestación suelen ser los acúfenos, seguidos de hipoacusia de tonos agudos; esto significa que cuando afecta a los tonos conversacionales, la sordera puede ser ya importante.

\* si se trata de la zona vestibular, aparecen mareos, vértigo, náuseas y vómitos, que suelen manifestarse al inicio del tratamiento, y tienden a mejorar con el tiempo.

- El uso concomitante de medicamentos ototóxicos incrementa la ototoxicidad.
- Casi todos los fármacos ototóxicos se eliminan por vía renal, de modo que la alteración renal propicia la acumulación del medicamento hasta niveles tóxicos. En estos casos, es necesario un ajuste de dosis previo.
- Son factores de riesgo de ototoxicidad por fármacos las dosis elevadas y/o el uso prolongado de éstos, la exposición al ruido, la pérdida de audición preexistente, las infecciones óticas concomitantes, la insuficiencia renal o hepática, y la edad avanzada.
- Los neonatos o las mujeres embarazadas son más susceptibles a ciertos medicamentos ototóxicos, como los aminoglucósidos o la furosemida.

La Tabla I recoge los medicamentos que más habitualmente producen ototoxicidad.

A propósito de los medicamentos ototóxicos, sería preciso puntualizar que:

- Todos los antibióticos aminoglucósidos son ototóxicos, bajo todas sus formas farmacéuticas y vías de administración, aunque difieren

en la gravedad, frecuencia, y lugar de afectación. Las gotas óticas con aminoglucósidos se emplean con frecuencia en el tratamiento de las otitis, y se acepta en general que su uso es seguro en pacientes con la membrana timpánica intacta.

- En cuanto a los demás antibióticos, la ototoxicidad suele manifestarse sólo a dosis elevadas, en situación de insuficiencia hepática y/o renal, o en combinación con otros fármacos ototóxicos, siendo generalmente reversible con la disminución de la dosis o la suspensión del tratamiento.
- La ototoxicidad por diuréticos se ha manifestado generalmente tras su administración intravenosa rápida, en casos de insuficiencia renal, y en asociación con aminoglucósidos.
- Los AINEs, muy especialmente la aspirina y los salicilatos, producen acúfenos y sordera casi siempre reversibles a dosis altas (por encima de 4 gramos diarios).

Antes de dispensar un medicamento potencialmente ototóxico, es preciso interrogar sobre antecedentes de hipoacusia o presencia de otros factores de riesgo de ototoxicidad. Siempre que fuera posible, se debería medir la capacidad auditiva de base antes de iniciar un tratamiento con un medicamento ototóxico, y realizar posteriormente controles audiométricos durante el mismo.<sup>9,10</sup>

**TABLA I: Medicamentos ototóxicos**

AMINOGLUCÓSIDOS	OTROS ANTIBIÓTICOS	DIURÉTICOS	ANALGÉSICOS/ ANTIPIRÉTICOS	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estreptomicina</li> <li>• Neomicina</li> <li>• Kanamicina</li> <li>• Amikacina</li> <li>• Gentamicina</li> <li>• Tobramicina</li> <li>• Netilmicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polipeptídicos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vancomicina</li> </ul> </li> <li>Macrólidos           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritromicina</li> <li>• Azitromicina</li> </ul> </li> <li>Tetraciclinas           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minociclina</li> </ul> </li> <li>Otros           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilina</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido etacrínico</li> <li>• Furosemida</li> <li>• Torasemida</li> <li>• Bumetanida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirina</li> <li>• Salicilatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antineoplásicos</li> <li>Antimaláricos</li> </ul>

### PAPEL DEL FARMACÉUTICO

Ante una consulta sobre problemas de oído, el farmacéutico ha de recoger una serie de datos que le permitan evaluar el estado de salud del paciente, formulando preguntas entre las que siempre se incluirán las siguientes:<sup>11</sup>

- ¿Se trata de un niño?
- ¿Desde cuándo presenta los síntomas?
- ¿Ha estado nadando?
- ¿Ha tenido un resfriado?
- ¿Ha tenido alguna vez síntomas parecidos?
- ¿Ha tenido fiebre?
- ¿Le supura el oído?
- ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

La evaluación de los síntomas, en el caso de las afecciones óticas, concluye casi siempre remitiendo al paciente al médico; en la Tabla II quedan recogidos los síntomas otoológicos que se refieren con más frecuencia, y la actuación farmacéutica recomendada. Por otra parte, el farmacéutico comunitario tiene un papel importante como consejero de salud en este ámbito, instruyendo sobre los hábitos higiénicos y medidas de prevención de los problemas de oído, además de practicar la dispensación activa de especialidades otorrino-oftalmológicas, labores de farmacovigilancia, etc:

- El farmacéutico se asegurará, en el momento de la dispensación de los medicamentos para el tratamiento de una afección ótica, que el paciente conoce cómo y

durante cuánto tiempo debe administrarse las gotas óticas, y/o durante cuánto tiempo debe mantener la antibioterapia oral.

- Advertirá al paciente de la posibilidad de una reacción de hipersensibilidad frente a la terapia tópica (aminoglucósidos y/o corticoides), manifestada principalmente en forma de picores, erupciones, etc, en cuyo caso deberá acudir al médico para que suspenda el tratamiento.
- Vigilará la efectividad del tratamiento; ante la no remisión de los síntomas en 48-72 horas, se recomendará de nuevo la visita al médico.<sup>12,13</sup>
- Tratará de evitar la automedicación con antibióticos: Los antibióticos producen una presión selectiva sobre la flora bacteriana, apareciendo frecuentemente resistencias

que abarcan a diversos antimicrobianos. Es importante ante la presunción de una otitis enviar al paciente al médico para que prescriba el tratamiento adecuado, evitando la automedicación con antibióticos en episodios de bajo riesgo, y orientando en el sentido de reducción de los factores de riesgo.<sup>14</sup>

- Insistirá en la observancia de una serie de hábitos higiénicos y medidas preventivas, para evitar la aparición de este tipo de problemas y/o prevenir las recurrencias de los mismos:

- Proteger los oídos del frío excesivo, viento, o agua (nadadores). Después del baño o de la natación, se recomendará secar el canal auditivo con un secador de pelo, a la mínima potencia. Pueden emplearse soluciones con efecto desecante o, simplemente, alcohol de 70°. Si se practica la natación con frecuencia, resulta más recomendable el empleo de gorros de baño ajustados que el uso de tapones óticos, puesto que éstos actúan como irritantes y predisponen a la infección. Si se ha producido un episodio de otitis externa, se desaconsejará la práctica de deportes acuáticos durante al menos 7-10 días.<sup>13, 15, 16</sup>

- Mantener secos y limpios los conductos auditivos, evitando siempre el uso de bastoncillos, horquillas u otros objetos punzantes para limpiar los oídos, y retirando sólo el cerumen almacenado en la parte más externa del canal auditivo, que es el que se va expulsando de forma natural. Después de la extracción de un tapón de cera por irrigación, el canal auditivo queda húmedo y más vulnerable a la infección, por lo que resulta recomendable utilizar alguna solución seante/acidificante.

TABLA II

SÍNTOMAS	ACTUACIÓN FARMACÉUTICA
- Problemas óticos en niños menores de 6 años	- Remitir al médico
- Problemas óticos en personas diabéticas o inmunodeprimidas	- Remitir al médico
- Dermatitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la causa probable es el contacto con pendientes, tintes de pelo, cosméticos, etc, eliminar el alergeno y tratar los síntomas con corticoides tópicos OTC (Hidrocortisona 0.5%), pomadas protectoras (pasta al agua, loción de calamina), y solución de Burow. Si en 1 semana no remite, enviar al médico</li> <li>- Si existe una dermatitis seborreica, utilizar un champú adecuado</li> <li>- Si se sospecha una reacción alérgica a los aminoglucósidos tópicos empleados en el tratamiento de una otitis externa, remitir al médico y notificar a Farmacovigilancia</li> </ul>
- Dolor que aumenta con la masticación, tracción de la oreja y presión sobre el trago	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hay un furúnculo visible, recomendar la aplicación de calor, analgésicos, e insistir en la no manipulación del mismo. Remitir al médico para que pauta la antibioterapia tópica u oral</li> <li>- Si refiere un cuerpo extraño inerte, remitir al médico. Si se trata de un insecto, llenar el canal auditivo con aceite templado para ahogar el insecto</li> <li>- Si ha estado nadando, ha practicado maniobras que puedan haber lesionado el epitelio del conducto, o existen otros motivos que sugieran una otitis externa, aconsejar el uso de gotas antisépticas (alcohol boricado, solución ácido acético...), un analgésico OTC si el dolor es intenso, y remitir al médico para que valore los síntomas e instaure un tratamiento específico</li> </ul>
- Dolor continuo y agudo, que no aumenta al presionar el trago o traccionar la oreja. Fiebre, pérdida de audición Antecedentes de infección de vías respiratorias	- Remitir al médico
- Otorrea	- Remitir SIEMPRE al médico
- Sordera total o parcial, uni o bilateral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparición brusca, por exceso de cera, pautar uso de reblandecientes-humectantes, y recomendar la extracción por el médico o enfermera</li> <li>- Por introducción de cuerpo extraño, remitir al médico</li> <li>- Interrogar sobre uso de medicamentos ototóxicos (remitir al médico, y notificar a Farmacovigilancia)</li> <li>- En cualquier otro caso, remitir al médico</li> </ul>
- Acúfenos (sonido a campanillas, timbres...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogar sobre uso de medicamentos ototóxicos (remitir al médico, y notificar a Farmacovigilancia)</li> <li>- Interrogar sobre presencia de otros síntomas otológicos, y remitir al médico</li> </ul>
- Mareos, vértigos	- Remitir al médico

Arantza Viamonte

## BIBLIOGRAFIA

1. López-Torres J, López MA, Boix C. Hipoacusia. Guías Clínicas [en línea] 2003 [citado de 24 de junio de 2004]; 3(20). Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/hipoacusia.asp>.
2. Grupo MBE Galicia. Acúfenos. Guías Clínicas [en línea] 2002 [citado de 24 de junio de 2004]; 2(48). Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/acufenos.asp>.
3. Pérez M. Vértigo y mareo. Un equilibrio difícil. Farmacia profesional 2002; 16(3): 78-82.
4. Rodríguez A, Panadero FJ. Mareo. Panorama Actual Med 2004; 28(272): 223-29.
5. Piédrola S, Mas S, Ortega J. Barotraumatismos del oído. Jano 1995; 1136: 83-84.
6. Amor JC, Castiñeira C, Costa C. Vértigo posicional paroxístico benigno. Guías clínicas [en línea] 2004 [citado de 24 de junio de 2004]; 4(14). Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/vppb.htm>.
7. Campos I, Castillo R, Espinosa JM. Enfermedad de Menière. Guías clínicas [en línea] 2001 [citado de 24 de junio de 2004]; 1(48). Disponible en: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/meniere.htm>.
8. Martínez MD, Mas S, Sarria P. Tratamiento del síndrome vertiginoso agudo. Jano 1997; 1216: 51-52.
9. Anónimo: Fármacos ototóxicos. The Pharmaceutical Letter 2003; 5(29): 1-6.
10. Bartoll Roca MP, O. R. L. En: Domínguez-Gil A, Bonal de Falgás J, eds. Farmacia Hospitalaria. Madrid: Emisa, 2002. p. 1265-1290.
- Disponible en  
URL:[http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2\\_Cap16.pdf](http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2_Cap16.pdf).
11. Batlle C, De Conte O. Problemas ORL. Perspectiva global. Farmacia Profesional 1999; 13(10): 67-74.
12. García Viñes AC, Elorriaga R, Núñez R. Trastornos del oído. El Farmacéutico 1995; Extra Octubre: 50-55.
13. Jiménez F, Martínez SM, García MJ. Problemas otológicos. Información Activa. CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia 1995; 27: 169-174.
14. Pérez M. Otitis. Tratamiento de la infección. Farmacia Profesional 2002; 16(5): 44-48.
15. Rodón, S. Uso de EFP en patologías que afectan a los órganos de la vista y el oído. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Especialidades farmacéuticas publicitarias II. Madrid: Consejo General; 2002. p. 285-288.
16. Sander R. Otitis externa: A practical guide to treatment and prevention. American Family Physician 2001; 63(5): 927-936. Disponible en: URL: <http://www.aafp.org/afp>.

## INDICE

### EL CONSEJO FARMACÉUTICO ANTE LOS PROBLEMAS DE OÍDO (I)

Recuerdo anatómico y fisiológico del oído

Problemas otológicos de consulta frecuente en la oficina de farmacia:

- Tapones de cera
- Otitis externa:      Otitis externa localizada  
                              Otitis externa difusa  
                              Otomicosis  
                              Otitis de origen dermatológico
- Otitis media
- Objetos extraños

### EL CONSEJO FARMACÉUTICO ANTE LOS PROBLEMAS DE OÍDO (II)

Otros problemas otológicos:

- Definición de síntomas: hipoacusia, acúfenos, vértigo
- Barotraumatismos
- Vértigo
- Ototoxicidad por medicamentos

Papel del farmacéutico

Cuadro resumen: síntomas otológicos y actuación farmacéutica recomendada

### Centro de Información de Medicamentos

#### Directora

Maria Puy Pérez

#### Farmacéuticas

Maria Pilar Ardanaz

Eva Armendáriz

Mónica Godino

Arantza Viamonte

#### Teléfonos

948 22 48 05 - 948 22 16 16

#### Fax

948 22 16 16

#### e-mail

cimna@redfarma.org

#### Edita:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, c/ Navas de Tolosa, 19-3º  
31002 PAMPLONA

#### Depósito legal:

NA-569/2004

### Horario del CIM

**Lunes a Viernes:** de 7,30 h. a 14,30 h.  
de 16,30 h. a 19,30 h.

**Sábados:** de 8 h. a 14h.