



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

6 "A"

ENFERMEDADES INFECCIOSA

RESUMEN OMA Y OTITIS EXTERNA

CATEDRATICO:

DR. ADOLFO MEDELLIN GUILLEN

ALUMNA:

MARIA CELESTE HERNANDEZ CRUZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS; 04/04/2025

## OTITIS MEDIA AGUDA

Infección autolimitada que afecta principalmente a los niños. Caracterizado principalmente por signos y síntomas agudos. Los síntomas están presentes alrededor de 3 días y hasta una semana.

Episodios recurrentes: tres o más episodios en seis meses o cuatro o más episodios en 12 meses.

Otitis Media con Derrame: líquido en el oído medio o caja timpánica sin signos o síntomas de infección aguda del oído, pero que puede asociarse a otras manifestaciones como hipoacusia.

Los 3 patógenos bacterianos más comunes en la etiología de la OMA son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*.

Factores de riesgo no modificables como: Edad, género masculino, origen étnico.

Factores de riesgo modificables son: Acudir a guardería, tipo de alimentación (falta de lactancia materna exclusiva), exposición a tabaquismo pasivo.

CLINICA: Fiebre, otalgia, posible otorrea y discomfort que puede resultar o preceder en interferencia con las actividades normales o del sueño.

Se debe capacitar a los padres para que la técnica de alimentación sea la adecuado acorde a la edad, así como para implementar medidas de higiene ambiental con base en condiciones de vivienda y recursos disponibles.

Se recomienda realizar la vacunación contra neumococo e influenza.

Para el diagnóstico, se basa en clínica principalmente, en la cual se encuentran los siguientes:

1. Inicio agudo de síntomas
2. Signos de inflamación de la membrana timpánica
3. Presencia de líquido en el oído medio La sola presencia de otorrea.

La otoscopia neumática es el recurso más apropiado para el diagnóstico de OMA. Se debe identificar líquido en oído medio.

La detección de inflamación en la membrana timpánica: Debe incluir la valoración de 6 características: integridad, posición, color, translucidez, iluminación y movilidad e indicar si es bilateral o unilateral.

La OMD es la causa más común de daño auditivo en niños en países desarrollados y pérdida permanente de la audición. Puede ocurrir durante una infección respiratoria alta,

espontáneamente por pobre función de la trompa de Eustaquio o como respuesta inflamatoria luego de OMA.

Primer año de vida >50% de los niños experimentarán OMD y hasta el 60% a los 2 años de edad.

La mayoría de los episodios de OMD resuelven espontáneamente en el curso de tres meses, pero el 30-40% de los niños tienen episodios de repetición y un 5-10% puede durar hasta un año.

En 25% pueden persistir >3 meses y asociarse a pérdida de audición.

La presencia de líquido en el oído medio, puede ser detectada indirectamente observando la movilidad de la MT por timpanometría.

En las siguientes situaciones específicas: Pacientes con intolerancia a la otoscopia neumática, imposibilidad para realizar otoscopia neumática por carencia de entrenamiento o de equipo, dificultad para visualizar la MT.

En caso de OMA en población pediátrica se recomienda realizar timpanometría. Para demostrar el grado de hipoacusia, en pacientes a partir de los cuatro años de edad, realizar audiometría convencional y logaudiometría y en los menores PEATC y/o emisiones otoacústicas.

La amoxicilina es el antibiótico de primera elección por su eficacia, seguridad, bajo costo, buen sabor y espectro antibiótico. Dosis de 40 a 50 mg/kg/día a 80-90 mg/kg/día de amoxicilina ya que se asocia con un aumento de la concentración de amoxicilina en el oído medio, asegurando eficacia contra la mayoría de las cepas de *S. pneumoniae*. Prescribir macrólidos para tratar OMA solamente cuando hay historia reciente o severa de alergia a penicilina

Utilizar cefalosporinas Clase II o III como antibióticos de segunda línea en pacientes sin alergia severa a penicilina.

La duración del tratamiento con amoxicilina o amoxicilina— ácido clavulánico debe ser 10 a 14 días en niños con factores de riesgo (menores de dos años de edad y/o otorrea espontánea). La duración del tratamiento puede ser reducida a cinco a siete días en niños sin factores de riesgo.

Prescribir paracetamol o ibuprofeno para el control del dolor asociado a OMA.

El uso de antibióticos tópicos se recomienda para el tratamiento del niño con otorrea aguda con TV.

Considerar TV a niños con OMD crónico y problemas de audición con o sin problemas de lenguaje concurrente.

## OTITIS EXTERNA AGUDA

Inflamación del oído, puede presentarse de manera aguda o crónica y tener o no síntomas asociados.

otitis externa aguda a la inflamación difusa del canal auditivo externo que puede involucrar el pabellón auricular o la membrana timpánica, ocasionada por una infección secundaria a la ruptura de la barrera mecánica que proporciona el cerumen en presencia de aumento de la temperatura y humedad.

El 10% de la población considera que ha sido afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida.

- pseudomona aeruginosa (20% a 60%)
- staphylococcus aureus (10% a 70%)

La inflamación externa del oído es más frecuente en los adultos que en los niños.

Para las personas que utilizan dispositivos auditivos (auxiliares auditivos, tapones contra ruido, auriculares), se recomienda realizar limpieza y ventilación diaria del dispositivo y que el uso sea estrictamente personal. Para quién practica la natación es recomendable aplicar 5 gotas de vinagre blanco de uso comestible (ácido acético) antes de nadar y 5 gotas después.

Considerar el diagnóstico de otitis externa aguda ante los siguientes datos:

1. Inicio rápido de la sintomatología (generalmente menos de 48 horas)

2. Síntomas de inflamación del conducto auditivo:

Otalgia severa con irradiación tóporomandibular y craneofacial, puede ocurrir también dolor auricular intenso a la más leve

manipulación de la zona o durante la masticación

- Prurito ótico
- Plenitud ótico
- Dolor mandibular
- Disminución auditiva

3. Signos de inflamación del conducto auditivo:

- Hipersensibilidad del trago, pabellón auricular o ambos (signo del trago positivo)
- Eritema y edema difuso del conducto auditivo

- Otorrea (puede o no estar presente)

El diagnóstico de otitis externa aguda es clínico y requiere exploración otoscópica.

Para el tratamiento de la otitis externa aguda se recomienda el uso de gotas óticas que contengan ácido acético en combinación con esteroide y antibiótico tópico.

Si no se cuenta con preparados óticos que contengan ácido acético, se recomienda aplicar de 5 a 10 gotas de vinagre blanco de uso comestible (ácido acético) en el conducto auditivo externo, cada 8 horas durante 7 días.

Como tratamiento de elección para la otitis externa aguda se recomienda indicar gotas óticas que contengan una combinación de neomicina-polimixina B-fluocinolona. Aplicar 5 gotas en el oído afectado cada 8 horas durante 7 días.

1. Si el dolor es de leve a moderado se recomienda:

acetaminofen 500 mg VO cada 8 horas en  
combinación con naproxen 250 mg VO cada 12  
horas durante 72hs.

2. Si el dolor es severo se sugiere:

dextropropoxifeno 65 mg VO cada 8-12 horas  
durante las primeras 24 horas de tratamiento y  
administrarlo durante un máximo de 48 horas

**BIBLIOGRAFIA:**

<https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-496-21/ER.pdf>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/438GER.pdf>