

Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en Medicina Humana



Materia: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Docente: DR ADOLFO MEDELLIN

Alumno: Leonardo Domínguez Turren

Grado: 6to semestre Grupo: "A"

Proyecto: RESUMEN OMA Y EXTERNA

Fecha: 05 de ABRIL 2025

Lugar: Comitán de Domínguez Chiapas

## OTITIS MEDIA AGUDA Y OTITIS EXTERNA

La Otitis Media Aguda es una enfermedad del oído medio, de inicio súbito, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local. Constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas en la edad pediátrica y representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo. En Estados Unidos de Norte América el 48% de los niños de 6 meses de edad tienen historia de haber presentado OMA; el costo anual por esta enfermedad se refiere de \$2.98 billones de US dólares. . En México en el año 2006 se reportaron 708,556 casos de OMA de los cuales 29,742 correspondieron a niños menores de un año y 125,857 a niños de 1 a 4 años, por lo tanto los niños menores de 4 años representan casi la cuarta parte de los casos . En el IMSS, durante el año 2005, se diagnosticó OMA en aproximadamente el 2% de todas las infecciones de vías aéreas superiores; a través del Régimen Ordinario se reportaron 46,452 casos con OMA y en IMSS Oportunidades 59,779. El mayor riesgo de complicaciones médicas mayores las tienen los niños menores de dos años, sin embargo se debe hacer un monitoreo adecuado de los niños >2 años que han presentado OMA, sobre todo cuando ésta es recurrente. La OMA es causada por múltiples factores, que alteran la función de la trompa de Eustaquio, y se incluyen: infecciones, alergia o barotrauma, las cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación, con lo que las bacterias y los virus de la nasofaringe , alcanzan el oído medio y condicionan OMA. Su incidencia es mayor durante los meses de invierno y disminuye en el verano. Las frecuencias de IRA y OMA de etiología viral son similares, aunque la OMA de origen bacteriano generalmente es precedida por una infección viral que se presenta en promedio 3 a 4 días antes; la frecuencia de OMA es más elevada en niños menores de 2 años de edad debido a las condiciones anatómicas de la trompa de Eustaquio y a la inmadurez del sistema inmune. Los signos y síntomas iniciales de OMA a menudo son inespecíficos, similares a los de una infección respiratoria alta aguda. El diagnóstico clínico es especialmente difícil en los niños menores de 2 años, por lo cual durante la práctica clínica diaria, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido. En el primer nivel de atención, la mayoría de los médicos no cuentan con otoscopio neumático, lo que impide establecer el diagnóstico de certeza de OMA y como consecuencia, se ocasiona un sobre-diagnóstico o diagnóstico tardío y por consiguiente, se utilizan en forma inadecuada los antimicrobianos, lo que favorece el incremento de la resistencia bacteriana o bien el desarrollo de complicaciones. De las tres vacunas conjugadas que existen en el mercado internacional y nacional, las tres han mostrado elevar niveles adecuados de anticuerpos, un mes después de la administración de la primera dosis. Debido a estas circunstancias, es necesario establecer una política nacional para prevenir enfermedad invasora y OMA en nuestro país. La Amoxicilina a dosis elevadas, es el antimicrobiano de elección en cada episodio de OMA, a menos que exista otra razón para seleccionar un agente diferente.

Se recomienda utilizar de primera elección amoxicilina a dosis de 80 a 90 mg/Kg de peso por día durante 5 a 10 días de acuerdo a la edad del paciente y el momento del inicio de la OMA bacteriana. En mayores de 6 años, la duración recomendada es de 5 a 7 días, con lo que se disminuyen costos.

En pacientes con enfermedad grave y en aquellos en quienes se desea cubrir otras etiologías como microorganismos  $\beta$ -lactamasas positivos como *Haemophilus influenzae*, y *Moraxella catarrhalis*, la terapia debe iniciarse con dosis alta del componente  $\beta$ -lactámico.

En caso de falla terapéutica con amoxicilina a las 72 horas, iniciar amoxicilina/ácido clavulánico durante 5 a 10 días, de acuerdo a la edad del paciente y el momento del inicio de la OMA bacteriana.

No se recomienda utilizar trimetoprim con sulfametoxazol para el tratamiento de la OMA por su alta resistencia antimicrobiana.

En pacientes alérgicos a beta lactámicos, las alternativas terapéuticas en OMA por su adecuada concentración en oído medio son los macrólidos y la clindamicina.

El término otitis se refiere a la inflamación del oído, puede presentarse de manera aguda o crónica y tener o no síntomas asociados. Las diferentes estrategias de manejo requieren que la otitis se clasifique de una manera clínica como otitis media aguda, otitis media exudativa y otitis externa. Sin embargo estas entidades deben considerarse como extremos dentro de un espectro de condiciones, tomando en consideración que las diferencias entre ellas pueden ser difíciles de establecer. La otitis externa es una entidad muy común a nivel mundial, la incidencia exacta no se conoce pero el 10% de la población considera que ha sido afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida. Algunos reportes señalan incidencia de 1:100 a 1:250 para la población general con variaciones regionales basadas en la geografía y la edad del paciente. En los países bajos la incidencia es de 12-14 por 1 000 habitantes por año, incrementando el número de episodios en el verano y en áreas tropicales húmedas ya que la entrada de agua en el conducto auditivo externo es una circunstancia altamente asociada a su desarrollo. Cerca del 98% de los casos de otitis externa aguda en Norteamérica son de tipo bacteriano, los patógenos más comunes son *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, puede ocurrir también infección polimicrobiana con organismos gram negativos diferentes a *P. aeruginosa*. La infección micótica es poco común en la otitis externa aguda y muy frecuente en las formas crónicas o después del tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos de las agudas. En el manejo clínico de la otitis externa aguda existen inconsistencias en el momento de decidir si el tratamiento que se prescribe debe contener antisépticos, antibióticos, esteroides o una combinación de éstos productos, ocurre también sobreutilización de antibióticos orales lo cual puede condicionar incremento de las resistencias bacterianas y de los costos del tratamiento. Debido a lo anterior y a la alta frecuencia de otitis externa aguda en los adultos, primordialmente en los servicios de atención primaria y urgencias, es necesario estandarizar las medidas para el diagnóstico y tratamiento de ésta entidad. En el tratamiento de atención primaria de la otitis aguda externa, las gotas óticas que combinan esteroide o antibiótico con ácido acético, son más efectivas que las que tienen únicamente ácido acético. Los esteroides combinados con ácido

acético o la combinación de esteroides con antibióticos son igualmente efectivos. Se ha demostrado que el tratamiento con gotas óticas que contienen neomicina-dexametasona-ácido acético son más efectivas para mejorar los signos y síntomas de la otitis externa aguda severa y difusa que aquellas que contienen frameticina-gramicidina-dexametasona.

No existen datos respecto a la eficacia de terapias complementarias para la otitis externa aguda. El alcohol isopropílico y el ácido acético al 5% en partes iguales con alcohol isopropílico o agua, son conocidos «remedios caseros» pero nunca han sido formalmente evaluados en ensayos clínicos.