



NOMBRE DEL ALUMNO (A): LUPITA MELAINE TOLEDO ALFARO

NOMBRE DEL CATEDRATICO (A): DR ADOLFO MEDELLIN GUILLEN ADOLFO

MATERIA: **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

GRADO Y GRUPO: "60"

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS. 05 ABRIL 2025

OTITIS EXTERNA



DEFINICION: 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.

AGENTE CAUSAL: Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus.

EPIDEMIOLOGIA:

- Afecta a 4 de cada 1000 pacientes/año.
- Pico de incidencia niño 7-12 años
- Aunque es típicamente infeccioso, puede no asociarse a infección
- 80% en verano o ambiente húmedos.

FACTORES DE RIESGO: alteración del pH ácido del conducto auditivo por exposición al agua, limpieza agresiva, depósitos de jabón, gotas alcalinas, trauma local con uñas o cotonetes, autolimpieza, irrigación, auxiliares auditivos y audífonos. Los restos de piel de patologías dermatológicas adyacentes al oído pueden también propiciar infección.

CLÍNICA: Síntomas de inflamación del conducto auditivo: otalgia severa con irradiación temporomandibular y craneofacial, puede ocurrir también dolor auricular intenso a la más leve manipulación de la zona o durante la masticación, prurito ótico, plenitud ótica, dolor mandibular, disminución auditiva.

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), eritema de membrana timpánica, celulitis del pabellón auricular y piel adyacente, así como linfadenitis regional.

DIAGNÓSTICO:

considerar el diagnóstico ante los siguientes datos:

1. Inicio rápido de la sintomatología (<48 hrs)
2. Síntomas de inflamación de conducto auditivo
3. Signos de inflamación de conducto auditivo

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

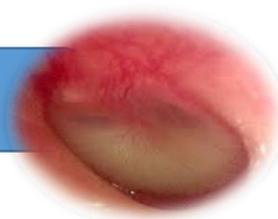
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Atención primaria: gotas óticas que combinan esteroide o antibiótico con ácido acético, (tiempo de recuperación 14 vs 21 días respectivamente).
- Ocluir el oído con algodón y petrolato durante el baño para disminuir la entrada de agua
- Retirar la oclusión después del baño y mantener el oído ventilado
- Minimizar la manipulación del oído afectado
- Abstenerse de utilizar dispositivos auriculares, realizar deportes acuáticos e inmersiones profundas o prolongadas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Elección: indicar gotas óticas que contengan una combinación de neomicinapolimixina Bfluocinolona. Aplicar 5 gotas en el oído afectado cada 8 horas durante 7 días.
- En caso de perforación de la membrana timpánica no indicar gotas óticas de neomicina-polimixina Bfluocinolona.
- Si el dolor es de leve a moderado se recomienda: acetaminofén 500 mg VO cada 8 horas en combinación con naproxen 250 mg VO cada 12 horas durante 72hs.
- 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

OTITIS MEDIA OXIDATIVA



DEFINICIÓN: Es una inflamación del oído medio caracterizada por la acumulación de líquido no purulento (seroso o mucoso) en la cavidad timpánica, sin signos ni síntomas de infección aguda.

AGENTE CAUSAL: No es típicamente causada por una infección aguda, sino que suele ser consecuencia de una disfunción de la trompa de Eustaquio. Sin embargo, en algunos casos, puede estar relacionada con infecciones previas del oído medio. Los agentes patógenos más comúnmente implicados cuando hay un antecedente infeccioso incluyen:

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Moraxella catarrhalis

EPIDEMIOLOGIA: Esta afección es más común en niños, especialmente entre los 3 meses y 3 años de edad, con un pico de prevalencia entre los 6 y 18 meses.

En México, aunque no se dispone de datos específicos sobre la incidencia de la OME, se estima que la otitis media en general afecta a 1 de cada 4 niños menores de 10 años.

FACTORES ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS:

- Edad temprana (0-5 años): La trompa de Eustaquio es más corta, horizontal y flexible en los niños pequeños, lo que facilita la acumulación de líquido.
- Inmadurez del sistema inmunológico: Mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias.

FACTORES AMBIENTALES:

- Exposición al humo del tabaco: Irrita la mucosa respiratoria y altera la función de la trompa de Eustaquio.
- Asistencia a guarderías: Aumenta la exposición a infecciones respiratorias virales.
- Contaminación ambiental: Puede contribuir a inflamaciones recurrentes del tracto respiratorio.

FACTORES INFECCIOSOS Y ALÉRGICOS:

- Infecciones respiratorias frecuentes: Resfriados y sinusitis pueden inflamar la trompa de Eustaquio.
- Rinitis alérgica: La inflamación crónica puede favorecer la acumulación de líquido en el oído medio.

CLÍNICA:

- Hipoacusia conductiva (disminución de la audición): Es el síntoma más común. Los niños pueden no responder cuando se les llama o hay ruido.

Sensación de oído tapado o lleno: El paciente puede describir una sensación de presión en el oído.

- Tinnitus (zumbidos en los oídos): En algunos casos, el paciente percibe sonidos sin fuente externa

- Retraso en el desarrollo del lenguaje (en niños): Debido a la pérdida auditiva persistente, los niños pueden desarrollar dificultades en el habla y el aprendizaje.
- Desequilibrio o mareo leve: Puede ocurrir en algunos casos debido a la afectación del oído medio.

DIAGNOSTICO:

1. Timpanometría:

- Patrón tipo B (plano) sugiere líquido en el oído medio.
- Patrón tipo C indica presión negativa en el oído medio, compatible con disfunción de la trompa de Eustaquio.

2. Audiometría: Evalúa la pérdida auditiva conductiva, generalmente leve a moderada (entre 20-40 dB).

TRATAMIENTO:

Depende de la duración de los síntomas, la afectación auditiva y la presencia de factores de riesgo. La mayoría de los casos se resuelven espontáneamente en 4 a 6 semanas, por lo que el manejo inicial suele ser conservador.

Aunque no hay un tratamiento farmacológico específico que garantice la resolución de la OME, algunas estrategias pueden ser útiles en casos persistentes o con síntomas significativos:

- Corticosteroides intranasales: Útiles en pacientes con rinitis alérgica asociada.
- Antihistamínicos y descongestionantes: No son recomendados de rutina, pero pueden usarse en casos de alergia concomitante.
- Antibióticos: No se recomiendan de primera línea, pero en algunos casos con infección previa pueden usarse amoxicilina o amoxicilina-ácido clavulánico.

OTITIS MEDIA AGUDA



DEFINICIÓN: es una infección e inflamación súbita del oído medio, generalmente causada por bacterias o virus, que se caracteriza por la presencia de secreción purulenta o serosa, dolor intenso de oído (otalgia), fiebre y, en algunos casos, hipoacusia transitoria.

AGENTE CAUSAL:

puede ser causada por virus y bacterias, es difícil distinguir entre estos, con frecuencia están presentes de forma simultánea. Los 3 patógenos bacterianos más comunes en la etiología de la OMA son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*. El *Streptococcus pyogenes* (estreptococo B-hemolítico del grupo A) se presenta en menos del 5% de los casos.

EPIDEMIOLOGIA:

- Es una infección común del oído medio que afecta principalmente a niños menores de 5 años.
- Se estima que más del 80% de los niños presentará al menos un episodio de OMA antes de los 3 años de edad, y alrededor del 40% tendrá seis o más recurrencias hacia los 7 años.
- Es una de las principales causas de consulta médica pediátrica en el país y representa una proporción significativa de las infecciones respiratorias agudas en la infancia.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:

- Edad
- género masculino
- origen étnico (caucásico)
- gemelo en guardería
- nacimiento prematuro
- inmunodeficiencias
- atopia
- factores anatómicos como disfunción de la trompa de Eustaquio o anomalías craneofaciales
- factores genéticos.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

- Acudir a guardería
- tipo de alimentación (falta de lactancia materna exclusiva)
- exposición a tabaquismo pasivo y contaminación
- uso de pacificadores (chupones y biberones)
- obesidad.

CLÍNICA:

- fiebre
- otalgia
- posible otorrea
- discomfort que puede resultar o preceder en interferencia con las actividades normales o del sueño

DIAGNOSTICO:

Debe ser diagnosticada solamente en presencia de hallazgos simultáneos de:

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, no secundaria a otitis externa, asociada con perforación espontánea de la membrana timpánica puede también ser considerada por sí misma como un signo objetivo de OMA.

La otoscopia neumática es el recurso más apropiado para el diagnóstico de OMA

TRATAMIENTO:

- La amoxicilina es el antibiótico de primera elección por su eficacia, seguridad, bajo costo, buen sabor y espectro antibiótico
- Aumentar la 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
- Prescribir macrólidos para tratar OMA solamente cuando hay historia reciente o severa de alergia a penicilina. Se prefiere claritromicina debido a su farmacocinética y farmacodinamia.
- 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)
- Prescribir paracetamol o ibuprofeno para el control del dolor asociado a OMA durante el tiempo correcto y la dosis adecuada. Usar dosis máximas usadas para dolor severo.

BIBLIOGRAFIA

- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica (guía de referencia rápida)
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica GUIA DE PRACTICA CLINICA (actualización 2021)
- <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/438GER.pdf>