

OTITIS MEDIA AGUDA

Luz Arcelia Campos Navarro

Otorrinolaringóloga. editora de la revista
Anales de Otorrinolaringología Mexicana

La **otitis media aguda** es un proceso inflamatorio del recubrimiento mucoperióstico del oído medio, con acumulación de efusión retrotimpánica, característico de lactantes y preescolares, causa más frecuente de pérdidas auditivas en este grupo poblacional debido a que ellos poseen la trompa de Eustaquio en posición más horizontal que el adulto y al disfuncionar no permite un óptimo drenaje; también puede aparecer en adultos.¹

Sistemáticamente se informa que **STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE** son los dos principales patógenos bacterianos responsables de la otitis media aguda.⁴



Hay estudios que demuestran que la rinitis alérgica tiene una relación significativa con la incidencia de otitis media, de tal manera que la rinitis alérgica aumenta su riesgo en 5.20 veces.² La incidencia en la población general se estima en **0.5% DE LAS PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS QUE PADECE ALGUNA DE SUS FORMAS SUPURADAS** y en torno a 40% algún tipo de perforación timpánica.²



Diagnóstico

El diagnóstico clínico se establece con base en la aparición súbita de signos y síntomas de:

- Otagia
- Fiebre
- Hipoacusia

Además, la identificación en la exploración física de:

- Membrana timpánica abombada
- Disminución de la movilidad de la membrana timpánica
- Líquido o derrame en el oído medio¹

Criterios clínicos para el diagnóstico de otitis media con derrame:

- Oído enrojecido, irritabilidad o alteraciones del sueño en lactantes
- Falta de respuesta de los lactantes a las voces o sonidos ambientales
- Alteraciones del lenguaje
- Dolor intermitente del oído medio
- Problemas con el desempeño escolar
- Otoscopia neumática con membrana timpánica opaca o amarilla, en posición neutral o retraída, con disminución de la movilidad o nivel hidroaéreo.¹

Tratamiento

La selección del tratamiento de primera línea debe basarse en la posible respuesta anticipada de acuerdo con la flora microbiológica presuntiva y los perfiles de resistencia antimicrobiana locales.¹

Los antimicrobianos deben indicarse cuando se requiere **REDUCIR LA MORBILIDAD QUE NO PUEDE DISMINUIR CON LOS ANALGÉSICOS.**

Un problema siempre preocupante para el clínico es la resistencia antimicrobiana; sin embargo, valga aclarar que en la última década y en los últimos años se ha observado una **SIGNIFICATIVA DISMINUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS RESISTENTES** consecuencia de la introducción de la vacunación antineumocócica.³



La tasa de resistencia a la penicilina (51%) y a la eritromicina (45%) en la otitis media aguda neumocócica, HA PERMANECIDO RELATIVAMENTE ESTABLE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Además, se ha evidenciado un incremento significativo de la resistencia a la amoxicilina (8% en 2001 vs 24% en 2009), de forma paralela al incremento de la resistencia a este antibiótico en el serotipo 19A (0% en 2001 vs 38% en 2009).³

El 19A es en la actualidad el principal serotipo resistente a los antimicrobianos, con tasas de resistencia en otitis media aguda y la mastoiditis de 60% a la penicilina, 76% a la eritromicina y 36% a la cefotaxima. **UNA ALTERNATIVA ES PRESCRIBIR LA AZITROMICINA, QUE HA DEMOSTRADO EFICACIA Y SEGURIDAD Y MAYOR PORCENTAJE DE PACIENTES QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO** debido, en parte, a ser un tratamiento corto y de posología de toma única diaria, con limitados efectos adversos.³

Referencias

1. Guía de Referencia Rápida. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-496-11.
2. Campos Navarro LA, et al. Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 2014; 57 (1): 5-14.
3. Del Castillo FM, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14: 195-205
4. Macías Parra M, et al. Bacterial etiology and serotypes of acute otitis media in Mexican children. Vaccine 2011; 29 (33): 5544-49.

MACROZIT

azitromicina



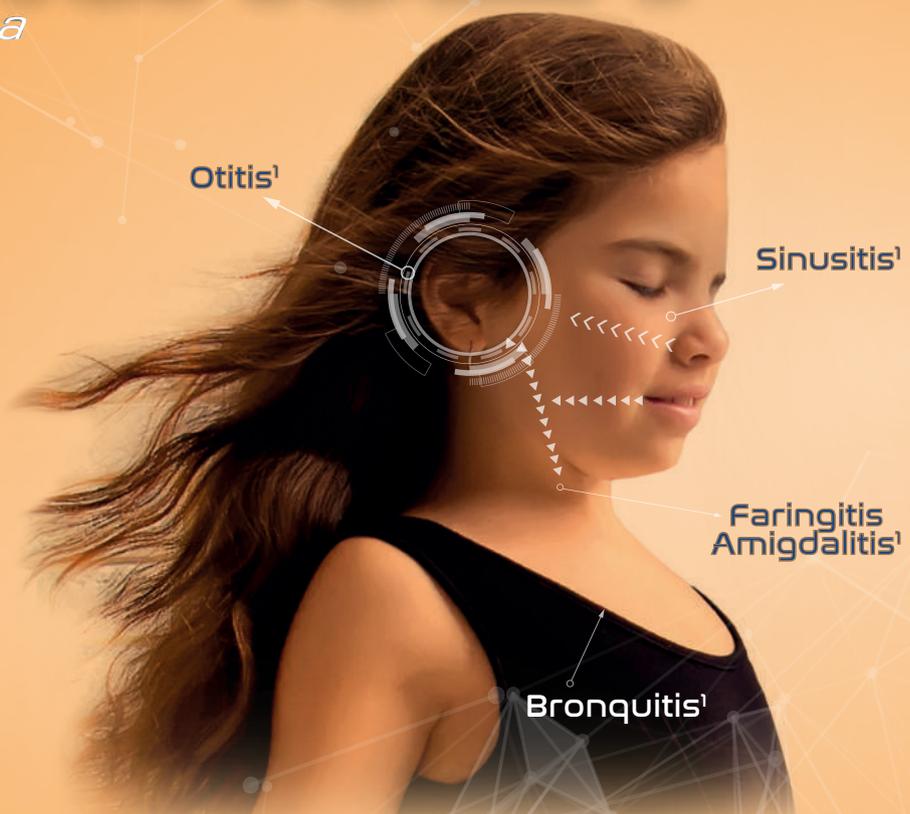
Caja con 5 o 3 tabletas.
500 mg.

Macrozit® Reg. Núm. 170M2002 SSA IV (Suspensión).
Macrozit® Reg. No.: 015M2001 SSA IV (Tabletas)
"Reporte las sospechas de reacción adversa al correo:
farmacovigilancia@liomont.com.mx
o en la página de internet: www.liomont.com.mx"
Material exclusivo para el profesional de la salud
Editado y producido por Edición y Farmacia S.A. de C.V. 2020

MACROZIT[®]

azitromicina

EL
ANTIBIÓTICO
CON EFECTO
POST
ANTIBIÓTICO²



Otitis¹

Sinusitis¹

Faringitis
Amigdalitis¹

Bronquitis¹

de **3 a 5** días
de tratamiento^{1,3}

NIÑOS: dosis Ponderal
10 mg/kg/día¹

Caja con frasco con
polvo para 30 mL, envase
con diluyente y jeringa
graduada.
1200 mg.



Caja con frasco con
polvo para 15 mL,
envase con diluyente
y jeringa graduada.
600 mg.

REFERENCIAS: 1. Información para prescribir Macrozit[®] Suspensión 2. AHFS. Drug Information [Internet]. 2019. Available from: <https://www.medicinescomplete.com/#/content/ahfs/a300005>. 3. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, *et al*. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):e86-102
Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx