

EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN AL PROCESO OTITIS MEDIA

A continuación, se exponen algunas consideraciones que pensamos pueden ser de interés para quienes aborden el Proceso Otitis Media desde la perspectiva de las expectativas de los usuarios/familiares.

1. Es importante señalar que las expectativas en este proceso no son propiamente de los pacientes, sino de sus familiares, fundamentalmente de los padres, puesto que el proceso se ha centrado en pacientes con edades comprendidas entre las 4 semanas y los 14 años.
2. En relación con la metodología desarrollada para elaborar este apartado hay que consignar lo siguiente:

Se realizó:

- una búsqueda en Google (www.google.com) de los términos “otitis”, “usuario”, “pacientes”, “expectativas”.
- una búsqueda manual.
- una búsqueda en Medline sin restricciones de año con los siguientes términos:
Patients/psychology[MESH]
Patient expectancy
OTITIS[MESH]
EXPECTANCY
Family expectancy
- una búsqueda en las principales páginas de Internet relacionadas con la salud:
 - pediátricas
 - de usuarios
 - de guías clínicas

En la búsqueda en MedLine no se encontró ningún artículo referido a expectativas de los pacientes en relación con la otitis, y se identificaron 12 artículos de carácter general referidos a otras patologías (cáncer, alcoholismo, tendencias suicidas, etc.).

De las páginas consultadas en la red, sólo encontramos información clínica para usuarios en relación con la otitis, pero no se abordaban las expectativas de los mismos. Cuando la página contemplaba un apartado de FAQ (preguntas más frecuentes), se revisó. Sin embargo, se han encontrado siempre preguntas referidas a aspectos clínicos.

3. Se consideró la posibilidad de realizar un grupo focal para detectar “las expectativas de los usuarios/familiares” pero, dado el tiempo que requería la realización del mismo, se valoró que no era compatible con los plazos de finalización del documento sobre el Proceso Otitis Media.

CÓDIGOS CIE ASOCIADOS AL PROCESO OTITIS MEDIA

Códigos CIE asociados a OM aguda

- 382. Otitis media supurativa y no especificada.
 - 382.0. Otitis media supurativa aguda.
 - Otitis media aguda:
 - Necrotizante NEOM.
 - Purulenta.
 - 382.00. Otitis media supurativa aguda sin ruptura espontánea del tímpano.
 - 382.01. Otitis media supurativa aguda con ruptura espontánea del tímpano.
 - 382.02. Otitis media supurativa aguda en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos (codificar además la enfermedad subyacente tal como escarlatina, gripe, ...). Excluye otitis post-sarampión.
 - 382.4. Otitis media supurativa no especificada.
 - Otitis media purulenta NEOM.
 - 382.9. Otitis media no especificada.
 - Otitis media:
 - NEOM.
 - Aguda NEOM.
 - Crónica NEOM.

Códigos CIE asociados a OM secretoria

- 381.0. Otitis media no supurativa aguda.
 - Catarró tubotimpánico agudo.
 - Otitis media aguda o subaguda:
 - Catarral.
 - Con efusión.
 - Exudativa.
 - Transudativa.
 - (Excluye barotrauma).
 - 381.00. Otitis media aguda, no supurativa aguda no especificada.
 - 381.01. Otitis media serosa aguda.
 - Otitis media secretoria aguda o subaguda.
 - 381.02. Otitis media mucoide aguda.
 - Otitis media seromucosa aguda o subaguda.
 - Síndrome del tímpano azul.

- 381.1. Otitis media serosa crónica.
 - Catarro tubotimpánico crónico.
 - 381.10. Otitis media serosa crónica simple o no especificada.
 - 381.19. Otras.
 - Otitis mucosa crónica serosanguínea.

- 381.2 Otitis media mucoide crónica.
 - Oído mucoso crónico (*glue ear*).
 - (Excluye enfermedad adhesiva del oído medio.)

 - 381.20. Otitis media mucosa crónica simple o no especificada
 - 381.29. Otras.
 - Otitis media mucohemorrágica crónica.

Códigos CIE asociados a otitis media persistente

- 382.1. Otitis media supurativa tubotimpánica crónica.
 - Otitis media supurativa crónica benigna.
 - Enfermedad tubotimpánica crónica.

(En la codificación se especifica localización de posible perforación como anterior o central de la membrana timpánica)

- 382.2. Otitis media supurativa aticoantral crónica.
 - Enfermedad aticoantral crónica.
 - Enfermedad mucosa persistente.

(En la codificación se especifica localización de posible perforación como marginal posterior o superior del tímpano)

- 382.3. Otitis media supurativa crónica no especificada.
 - Otitis media purulenta crónica.
 - (Excluye otitis media tuberculosa).

TÉCNICA DE LAVADO ÓTICO

(EXTRAÍDO DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN DEL C.de Salud Anexo1-Badajoz

[Miguel Gallardo Lancho, Leoncio L. Rodríguez Pérez])

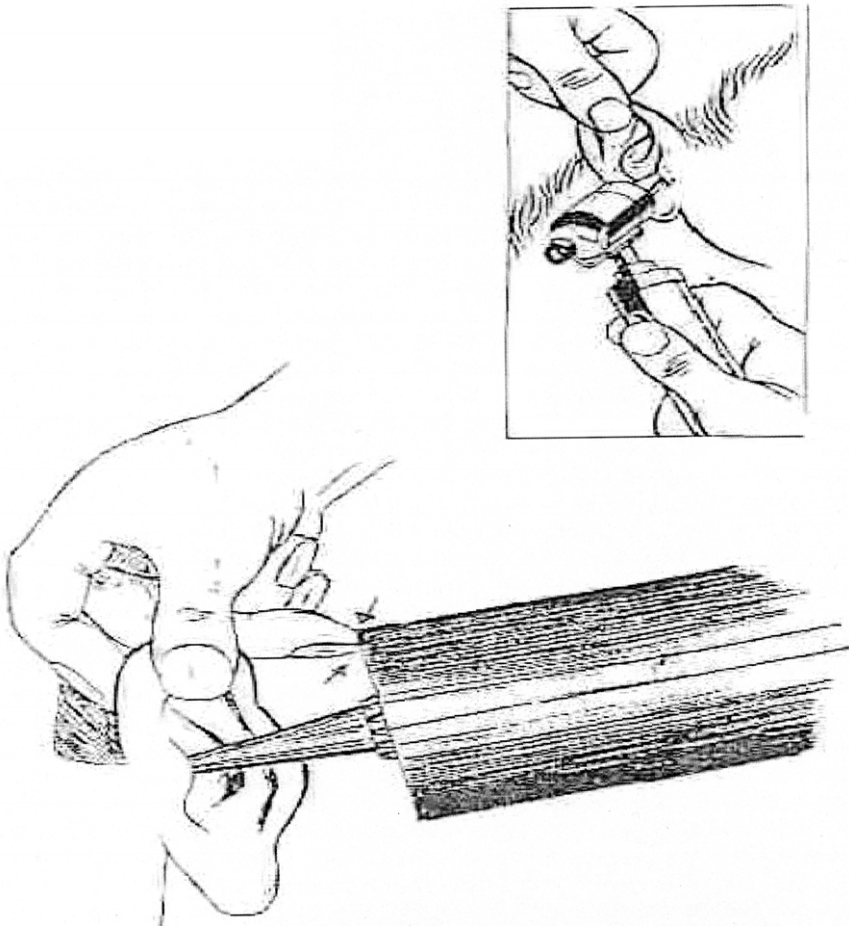
- Preparación del paciente:
 - El médico informará al paciente que deberá reblandecer el tapón instilando agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que el médico estime oportuno en el CAE. Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces los dos días anteriores a la extracción.
 - Se le informará sobre la técnica, y se le entregará el consentimiento informado para su firma.

- Medios materiales:
 - Agua a temperatura corporal.
 - Bateas arriñonadas.
 - Jeringa metálica otológica.
 - Cánulas otológicas limpias y esterilizadas.
 - Otoscopio, y espéculos limpios y esterilizados.
 - Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.

- Procedimiento, técnica:
 - Se realizará previamente una otoscopia.
 - Se cargará la jeringa otológica con agua templada.
 - El paciente estará sentado con una toalla de papel en el cuello, para evitar en lo posible que se moje con el agua. En el caso de niños pequeños, éstos estarán sentados en las piernas de un familiar o ayudante y, si no colabora, se le sujetará firmemente cuerpo, cabeza y brazos.
 - Se sujeta el pabellón auricular con los dedos índice y pulgar y, al mismo tiempo, se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el émbolo hacia delante no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y, por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del CAE. Esta parte de la técnica es muy importante y su no realización implica casi siempre dolor al paciente y posibles complicaciones.

Se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo haga notar.

- Si el tapón no sale después de tres emboladas, se observará con el otoscopio y, si sigue fijado al conducto o tímpano, se citará al paciente dos días más tarde indicándosele que se instile otra vez gotas en el CAE.
- Comprobar, mediante una otoscopia, que el tapón ha salido completamente.



LA OTOSCOPIA

INTRODUCCIÓN:

Barriga y colaboradores realizaron un estudio sobre diferentes tipos de otoscopios y observaron que muchos médicos no habían cambiado las bombillas del otoscopio en mucho tiempo (más de dos años) e incluso algunos desconocían la conveniencia del recambio periódico de la bombilla. En dicho estudio llegan a las siguientes conclusiones:

La potencia de salida de luz ideal debe estar por encima de los 100 *foot-candles*. Por ello, la mayoría de autores abogan por disponer de bombillas halógenas como sistema ideal de visión.

Es conveniente el recambio periódico de la bombilla (menos de 2 años)

Si bien en la mayoría de las baterías de nickel-cadmio de los otoscopios recargables que se examinaron se superaba la fecha de caducidad, eso no influyó en una disminución de la potencia luminosa.

• Técnica de la otoscopia

Para realizar una otoscopia en un niño se debe traccionar el pabellón auricular hacia atrás y hacia abajo. Con la otra mano se toma el otoscopio y se inserta el espéculo siguiendo bajo visión directa la dirección anatómica del conducto auditivo externo. De este modo, se puede visualizar el conducto auditivo externo y la membrana timpánica.

Básicamente, todos los otoscopios disponen de los siguientes elementos: fuente de luz, lente con aumento, orificio para conectar una goma y pera de insuflación para realizar la maniobra de Siegle, y un dispositivo para conectar espéculos de distintos tamaños.

• Características técnicas de un otoscopio:

Siguiendo la Norma Oficial Mexicana NOM-080-SSA, que establece las especificaciones sanitarias de material en Otorrinolaringología, respecto a los otoscopios:

La luz emitida ha de ser concentrada, enfocada, intensa y uniforme.

El enfoque tenderá a minimizar los resplandores, sombras y retrocesos de reflexión, y la iluminación axial en un punto al final del espéculo más largo deberá ser por lo menos de 19,5 lux.

Lente amplificadora: la lente amplificadora se ha de ensamblar a un cuadro, el cual debe ser móvil dentro de la base conectora, para poder moverla fuera de la línea de visión y permitir así una visión oblicua, la observación sin aumento y la inserción de instrumentos quirúrgicos. Asimismo, la lente amplificadora tiene que amplificar, al menos, dos veces el diámetro del espéculo.

Lámpara del otoscopio: la intensidad de luz de la lámpara debe poder incrementarse a un máximo de 0,4 amperios y 2,5 voltios. Además, la lámpara se aconseja que sea o bien del tipo preenfocado y precentrado de halógeno, o bien contener un filamento de tungsteno embobinado con un mínimo de vida de 9 horas.

Los espéculos deben fabricarse en *nylon* o polipropileno y la superficie interior ha de estar terminada de tal manera que evite las interferencias y reflejos hacia el operador. Los espéculos plásticos se deben ensamblar sobre un cono soporte de metal resistente a la corrosión y fijados al proximal del cono interior del otoscopio. La terminación del diámetro distal de los espéculos debe estar libre de rebabas y filos. Asimismo, los espéculos deben ser de fácil ensamble y desensamble del cono de soporte y no deben deformarse al ser sometidos a pruebas de calentamiento, ni descolorarse u oscurecerse cuando se sometan a la prueba de inmersión con alcohol.

- **Tipos de otoscopios:**

- **Otoscopios de bolsillo:**

- 2,5 voltios

- Tamaño pequeño y peso reducido.

- Iluminación distal de fibra óptica con luz halógena (iluminación homogénea y libre de reflejos del CAE y del tímpano).

- Ventana de visión de vidrio óptico corregido con 3 aumentos (imagen detallada, ventana de visión a prueba de rayado).

- Conexión para insuflación de la prueba neumática.

- Espéculos permanentes (superficies lisas). Diámetros de 2,5 mm –para niños–.

- Espéculos desechables (de cartón sin aristas agudas). Diámetro de 2,5 mm. –para niños–.

- **Otoscopios diagnósticos**

- Varían las calidades en función de que la carcasa sea de metal o de plástico policarbonato. En todos estos otoscopios se utiliza un mango o una fuente mural para alimentación eléctrica.

- **Otoscopia neumática**

- La utilización de la otoscopia neumática nos permite determinar la movilidad de la membrana timpánica y nos sirve como método diagnóstico de la otitis media aguda y de la otitis secretoria. A pesar de ser una técnica simple, segura y útil, no es una prueba que se realiza de modo habitual en el medio pediátrico ni especializado ORL.

- La mayoría de los otoscopios disponen de un conector para insertar un balón de insuflación para efectuar la prueba.

- Además, se necesita un espéculo de similares características a los empleados en la otoscopia pero que disponen de un engrosamiento en su parte más distal que posibilita el sellado del conducto auditivo externo impidiendo el escape del aire al exterior.

LA TIMPANOMETRÍA: TÉCNICA E INTERPRETACIÓN

INTRODUCCIÓN

La timpanometría o manometría tubárica es una técnica de valoración de la funcionalidad tubárica en función de los cambios de presión detectados en el conducto auditivo externo herméticamente cerrado, transmitidos desde la caja timpánica, por efecto de una presión negativa ejercida desde la rinofaringe. Estudia las variaciones de la compliancia en función de alteraciones articulares de la cadena tímpano-oscicular, lo que se consigue modificando la presión del aire en el conducto auditivo externo.

El máximo de flexibilidad timpánica se verifica con igualdad de presión en el conducto auditivo externo. Una gráfica bidimensional con las variaciones de presión en el conducto, tanto positivas como negativas, en el eje de abscisas, y los incrementos de la compliancia en el eje de ordenadas, permite una valoración rápida del estado de la flexibilidad timpánica. Un oído medio normal, con una adecuada movilidad de todas sus estructuras, tendrá una impedancia baja. Si se dificulta la transmisión del impulso mecánico a través de la cadena oscicular, se verifican aplanamientos en mayor o menor grado, según la intensidad del cuadro, como ocurre en la otitis secretoria. El timpanograma representa los valores de la admitancia del oído cuando se somete al conducto auditivo externo, convenientemente sellado por la sonda del admitanciómetro y una oliva de goma adaptadora a variaciones de presión gaseosa durante unos segundos. La bomba de presión del admitanciómetro somete al conducto auditivo externo a presiones positivas (aproximadamente + 300 mmH₂O); gradualmente, la presión va descendiendo hasta 0 mmH₂O y continúa disminuyendo hasta alcanzar presiones negativas de - 300 mmH₂O.

La admitancia máxima del complejo tímpano-oscicular se establece cuando la movilidad de dicho sistema es óptima. Esto sucede cuando la presión gaseosa a ambos lados de la membrana timpánica es igual, pues en estas condiciones el tímpano está en equilibrio. En condiciones normales, esta situación se da cuando la presión a ambos lados del tímpano es de 0 mmH₂O, que es la presión atmosférica que debe haber en un oído medio sano con una Trompa de Eustaquio competente. Cuando la bomba de presión del admitanciómetro somete al conducto auditivo externo a presiones muy positivas (+300 mmH₂O) o muy negativas (-300 mmH₂O), el sistema tímpano-oscicular se desplaza de su posición de equilibrio, empujado o absorbido por la diferencia de presiones ejercidas a ambos lados del tímpano, y se torna extremadamente rígido. En estas condiciones, la admitancia del sistema es mínima y muy poca energía acústica es capaz de fluir por él. La representación gráfica de estos datos constituye el timpanograma.

1. TÉCNICA

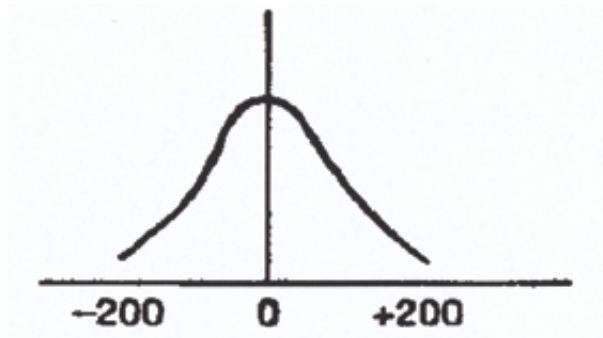
Además del timpanómetro, se debe disponer de un juego abundante de olivas de distinto diámetro para sellar el conducto auditivo externo. Estas olivas son reutilizables tras una previa esterilización.

Antes de colocar la sonda, hay que limpiar el conducto auditivo si está lleno de cerumen, por lo que se debe de disponer de un otoscopio que nos permita visualizar el oído teniendo en cuenta que la sonda debe dirigirse hacia el tímpano, ya que, si se apoya en las paredes del conducto auditivo externo, se producirán errores. En este caso, podemos encontrarnos con una curva plana - tipo B- lo que sería un falso positivo. Actualmente, muchos aparatos miden el volumen de aire comprendido entre la sonda y el conducto auditivo externo lo que permite obviar este tipo de confusiones.

2. TIPOS DE TIMPANOGRAMA

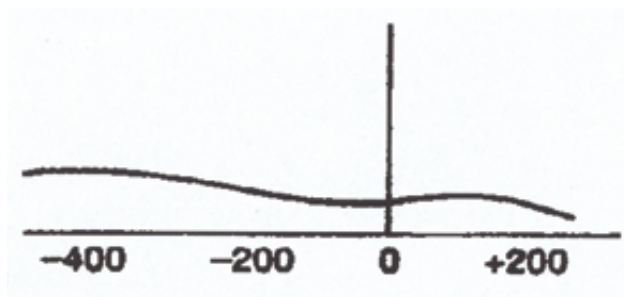
El tipo A corresponde a la normalidad. El punto de admitancia está centrado en la presión 0 mmH₂O. Los valores normales que se valoran independientemente del tipo de curvas son:

- El volumen entre el tímpano y la oliva del impedanciómetro. Los valores normales en niños van de 0,7 a 1 ml.
- La capacidad de movilidad del tímpano. El rango de normalidad se sitúa entre -100 y +200 daPa (decapascales). Se trata de una medida de presión.
- La compliancia o elasticidad del complejo tímpano-oscicular cuyos valores normales van de 0,3 a 1,6 ml.



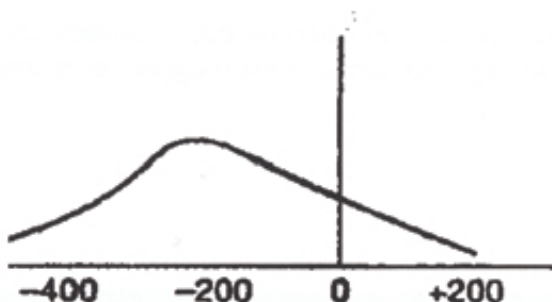
El tipo B corresponde a una elevación muy importante de la impedancia del sistema o, lo que es lo mismo, a una disminución de la admitancia. Ello se suele dar en una otitis secretoria y también puede suceder si existe cerumen, una perforación timpánica, o se es portador de drenajes transtimpánicos.

- La compliancia es inferior a 0,3ml.
- El volumen entre el tímpano y la oliva es normal (0,7-1ml) en presencia de una otitis secretoria.
- La capacidad de presión del tímpano no es posible determinarla.



El tipo C se caracteriza por un desplazamiento del punto de admittance máxima hacia las presiones negativas y suele asociarse a disfunciones obstructivas moderadas de la Trompa de Eustaquio. Puede considerarse un oído medio de alto riesgo para presentar una otitis media secretoria.

- La compliancia es normal.
- El volumen entre el tímpano y la oliva es normal.
- La capacidad de presión del tímpano es más negativa de -100 daPa



INDICACIONES DE DERIVACIÓN A ESPECIALISTA-ORL TRAS LA INTERVENCIÓN DE MIRINGOTOMÍA CON DRENAJE TRANSTIMPÁNICO

Dirigido al Pediatra o Médico de Familia:

- Cada 4 meses, tras la intervención, se debe realizar un control audiométrico.
- A los 6 meses tras la expulsión.
- Si se observa una obstrucción del tubo.
- Cuando en un control se constata una perforación timpánica.
- Cuando no se consiga visualizar el tubo.
- Si aparece otorragia.
- Si se observa otorrea que no puede ser controlada con antibióticos.
- Si se constata un empeoramiento de la audición.
- Presencia de una otalgia persistente.
- Cuando se constata la existencia de tejido de granulación en el tímpano.
- Permanencia del tubo durante más de 2 años.

AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES REFERENTE A LA INTERVENCIÓN DE MIRINGOTOMÍA Y COLOCACIÓN DE TUBOS DE AIREACIÓN

Información médica previa a la colocación de tubos de aireación:

El tubo de aireación transtimpánico es un tubo hueco de material plástico. Se inserta en la membrana timpánica tras una incisión o paracentesis del tímpano bajo control microscópico. Suele permanecer en el tímpano de 6 a 12 meses e, incluso, en ocasiones, durante varios años. Es la intervención de oído más frecuente y es muy efectiva y segura. La mayoría de los padres de los niños (95%) refieren, entre otros factores, una mejoría de la audición, el habla y la atención tras la intervención y, además, la operación evita otro tipo de procesos inflamatorios del oído. No se conocen procedimientos alternativos de contrastada eficacia para el tratamiento de la otitis secretoria. En caso de no efectuarse esta intervención, el paciente continuará con su pérdida auditiva pudiendo sufrir, además, episodios inflamatorios agudos o incluso evolucionar a otras formas de enfermedad del oído medio.

Con la finalidad de que ustedes estén debidamente informados, les rogamos lean atentamente este documento. Su Cirujano está a su disposición para responder a todas sus preguntas.

No olviden comentar a su Cirujano los tratamientos que habitualmente toma su hijo/a y, en particular, aspirinas, anticoagulantes... Recuerden señalar si su hijo/a ha presentado en alguna ocasión reacciones alérgicas, sobre todo medicamentosas.

Durante la intervención:

La colocación de un tubo de aireación a través del tímpano tiene como finalidad favorecer la aireación del oído medio en las siguientes situaciones:

- Tras una otitis media recurrente.
- En una otitis secretoria con afectación auditiva.
- En una retracción timpánica.

Esta intervención se indica cuando fracasan los tratamientos médicos habituales o en ausencia de resolución espontánea de una otitis secretoria.

Realización de la intervención quirúrgica

Para facilitar la intervención, ésta se realiza bajo anestesia general. Es competencia del Médico Anestésista, al que ustedes verán en una consulta preoperatoria, responder a todas las preguntas referentes a su especialidad. La duración de la hospitalización y los cuidados post-operatorios les serán precisados por su Cirujano.

Riesgos inmediatos post-operatorios

En unos porcentajes del 10 al 20% de los pacientes, después de la intervención les puede supurar el oído (otorrea), lo que puede favorecer la expulsión precoz del drenaje.

Riesgos secundarios

El tubo de aireación se puede obstruir por cerumen o por un cuerpo extraño. En este caso, la patología puede reproducirse.

En casos infrecuentes, menores al 0,5%, puede que el tubo de drenaje se introduzca en el oído medio.

Una vez se ha expulsado el tubo drenaje, podría aparecer:

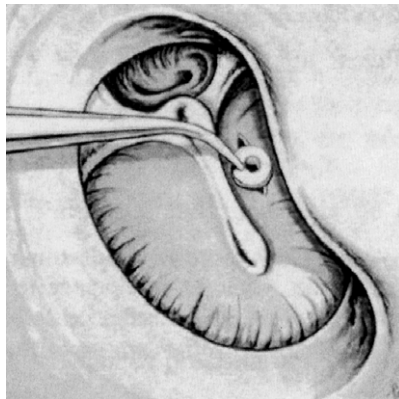
- En un 1%, una perforación timpánica como secuela y que podría requerir posteriormente un tratamiento quirúrgico.
- En aproximadamente un 2%–4%, una modificación cicatrizal de la membrana timpánica (atrofia, timpanosclerosis, granuloma).
- Una reproducción de la patología.

Complicaciones graves y/o excepcionales

Toda actuación médica, investigación, exploración, intervención sobre el cuerpo humano, incluso observando unas condiciones de competencia y seguridad conformes a las normas actuales de la ciencia y reglas en vigor, tiene un riesgo de complicación.

El riesgo de una pérdida irreversible de la audición, acompañada de ruidos (acúfenos) y/o vértigos, es una circunstancia excepcional. También es posible, aunque poco frecuente (menor al 0,2%), la inclusión de la epidermis a nivel del oído medio, lo que puede conducir al desarrollo de un colesteatoma adquirido.

Los porcentajes de complicaciones señalados están referidos a la bibliografía internacional.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CARÁCTER GENERAL PARA LA MIRINGOTOMÍA CON TUBO DE AIREACIÓN

Este documento debe ir obligatoriamente firmado por los padres o el tutor (representante legal) y entregado junto a la ficha adjunta de ayuda de toma de decisiones.

Próximamente, su hijo/a será intervenido quirúrgicamente.

Deben leer atentamente la ficha de “ayuda de toma de decisiones” que se les ha entregado conjuntamente con este documento, con la finalidad de tomar conciencia de todos los aspectos relacionados con dicha operación.

Es muy importante que ustedes tengan un perfecto conocimiento de todos los posibles contratiempos que pueden acompañar al acto quirúrgico. Dichas informaciones no tienen como objeto inquietarles, sino simplemente se consideran obligatorias para permitirles que ustedes tomen la decisión quirúrgica de un modo libre y claro.

Estoy a su entera disposición para darles toda la información complementaria que ustedes juzguen necesaria.

D/ Dña:

Padre, madre, representante legal

Certifico haber recibido la ficha de ayuda de toma de decisiones concerniente a la operación de:

Que será realizada el:

por el Dr:

y haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he efectuado en relación a esta operación.

Fdo:
Padre, madre o representante legal

Fdo:
Médico ORL

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON TUBOS DE AIREACIÓN EN RELACIÓN A LAS PRECAUCIONES CON LA ENTRADA DE AGUA EN LOS OÍDOS

Normalmente no es necesario utilizar tapones para prevenir la entrada de agua en los oídos de niños intervenidos de miringotomía con colocación de tubos de aireación.

En teoría, el pequeño orificio en el tubo podría permitir la entrada de agua en el oído medio y conducir a una infección bacteriana que se traduciría en la presencia de una supuración (otorrea). Sin embargo, la presión requerida para posibilitar la entrada del agua ha de ser muy elevada y, para que ello suceda, el niño debe sumergirse como mínimo 1 metro 80 cm. En cinco estudios médicos relevantes sobre el tema no se han encontrado diferencias en la frecuencia de episodios de supuración en niños intervenidos en relación al baño o la natación.

Sólo en determinadas circunstancias se aconseja evitar la entrada del agua en el oído:

- Cuando la entrada de agua provoca dolor o molestias.
- En presencia de otorrea.
- Cuando ocurren episodios recurrentes de otorrea.

En las siguientes situaciones, también se recomienda evitar la entrada de agua en los oídos:

- Cuando se sumerge más de 1,8 m.
- Cuando la natación se efectúa en lagos, ríos o piscinas no cloradas.
- Cuando el niño se moja y sumerge la cabeza enjabonada dentro de la bañera (debido a la menor tensión superficial del jabón de baño).

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBOS DE AIREACIÓN Y QUE PRESENTAN, TRAS LA INTERVENCIÓN, INFECCIONES ÓTICAS

Aunque es infrecuente, existe la posibilidad de que un paciente presente una otitis media con un tubo de drenaje funcionante, siendo la supuración en el oído (otorrea) el síntoma más frecuente.

En ocasiones, pueden aparecer episodios de otitis media sin otorrea. Estos cuadros sólo requieren tratamiento antibiótico cuando el paciente se encuentra con síntomas generales o, posteriormente, muestra supuración.

La supuración puede ser clara, con moco (mucoide) o purulenta. El hecho de observar una secreción sanguinolenta no es motivo de alarma.

Si ustedes notan que le supura el oído a su hijo:

- Utilicen un bastoncillo de algodón para limpiar la parte más externa del conducto auditivo y el pabellón, ya que el contacto prolongado del exudado en la piel provoca irritación y dolor en dicha zona.
- Eviten que le entre agua en el oído protegiéndolo durante el baño con un algodón impregnado con vaselina y que obture la entrada del conducto auditivo.

El que su hijo necesite una medicación va a depender de las siguientes circunstancias:

- Si tiene unos síntomas mínimos o una abundante mucosidad nasal (rinorrea), lo más frecuente es que sea debido a un proceso viral, por lo que no va a ser necesaria una medicación adicional.
- Si el niño es menor de 2 años y tiene dolor, fiebre y se encuentra irritable, la causa más frecuente es que sea por una otitis media bacteriana. En este caso, consulte con su Médico.
- Si la otorrea ha aparecido tras la entrada de agua en el oído por el baño o la natación, el tratamiento adecuado consistirá en la instilación de unas gotas óticas.
- Lo más importante es no alarmarse de modo excesivo en el caso de que su hijo sufra un episodio de otorrea ya que este hecho de por sí no tiene por qué dañar su oído ni repercutir posteriormente en su audición.