

Manejo de la otitis en pediatría extrahospitalaria

Otitisaren maneiu ospitalez kanpoko pediatrian

J.A. Municio, J.C. Valencia*

Unidad de ORL Infantil. Htal.Txagorritxu. Vitoria, *Pediatra A. Primaria. C.S. San Martín. Vitoria.

Correspondencia: jamunicio@euskalnet.net
varan@euskalnet.net

INTRODUCCIÓN

La otitis, con sus diferentes formas de presentación, constituye una de las patologías más frecuentes a las que tiene que enfrentarse un Pediatra de Atención Primaria. A pesar de esta extraordinaria frecuencia surgen a menudo dudas acerca no solo del correcto tratamiento de cada caso concreto, sino también respecto al diagnóstico o la interpretación de determinados signos y síntomas. Muchas veces las diferencias de criterio entre un Pediatra y otro o entre éstos y el especialista ORL añaden todavía más incertidumbre al manejo de una patología que es relativamente sencilla tanto en su enfoque diagnóstico como terapéutico.

Los presentes protocolos no pretenden ser un corsé que coarte la libertad de decisión que debe tener todo profesional; muy al contrario, pretenden facilitar la toma de decisiones unificando los criterios diagnósticos y orientando hacia el tratamiento correcto en relación a los estudios científicos publicados, intentando seguir los criterios de la medicina basada en la evidencia.

El esquema que vamos a seguir comienza por realizar una clasificación clara de los diferentes tipos de otitis para a continuación definir cada una de ellas estableciendo los criterios diagnósticos necesarios para llamarlas de una manera concreta. Todo ello terminará con el tratamiento a aplicar y situaciones a tener en cuenta sobre el seguimiento, posibilidades de profilaxis o cuándo enviar el paciente al especialista ORL.

Hemos intentado contrastar los puntos de vista de un Pediatra de atención primaria y de un especialista en ORL dedicado sobre todo a la ORL Infantil para, entre ambos, buscar mayor claridad y soluciones posibilitas a los problemas planteados.

Esperamos que estas páginas que si bien sean fundamentalmente útiles a todos los que nos dedicamos a cuidar los oídos de los niños. No pretendemos nada más.

DEFINICIÓN

Vamos a definir las otitis simplemente como "la inflamación del oído". Esto se presta a múltiples interpretaciones que iremos concretando en cada situación concreta.

CLASIFICACIÓN

Las otitis se dividen básicamente en externas y medias. Para hacerlo lo más claro y conciso posible vamos a obviar los conceptos anatómicos y fisiológicos y centrarnos solamente en una clasificación sencilla y útil, en la que buscamos un sentido práctico más que exhaustivo.

A. Otitis externas

A1. **Otitis externa difusa** (aguda y crónica).

Inflamación difusa de la piel del CAE.

A2. **Otitis externa eccematosa**. Eccema de la piel del CAE.

A3. **Otitis externa circunscrita** (forúnculo).

Infección de un folículo piloso del CAE.

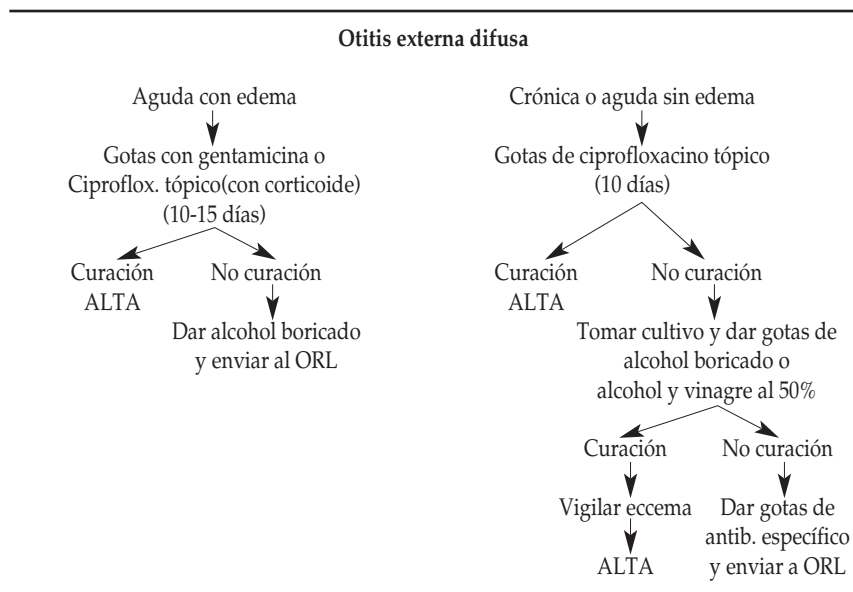
A4. **Miringitis**. Inflamación de la capa externa del tímpano (piel) ocasionalmente con vesículas hemorrágicas (bubulosa) en el curso de un catarro común y ocasionado por los virus causantes de éste.

B. Otitis medias

B1. **Otitis media aguda** (OMA). Inflamación aguda del oído medio con signos locales de derrame (hipoacusia brusca, abombamiento o disminución de movilidad) acompañados de síntomas agudos locales (otalgia o equivalente en el lactante) o generales (fiebre o afectación del estado general).

B2. **Otitis media aguda persistente** (OMAP). Recaída producida en menos de 7 días tras terminar el tratamiento de una OMA. Se considera el mismo episodio de OMA.

TABLA I. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA OTITIS EXTERNA DIFUSA

**B3. Otitis media aguda recurrente (OMAR).**

Cuando presenta 3 episodios de OMA en los últimos 6 meses ó 4 en 12 meses.

B4. Otitis media secretora o serosa (OMS).

Acumulo de secreciones en oído medio sin clínica aguda acompañante, debida a una inflamación de la mucosa y un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

B5. Otitis media crónica simple (OMCS).

Perforación timpánica no marginal que persiste más de 3 meses.

B6. Otitis media crónica colestomatosa (OMCC).

Saco de piel en oído medio que produce colestera ocasionando destrucción local e infecciones persistentes.

OTITIS EXTERNAS**A1. Otitis externa difusa aguda**

Definición: inflamación difusa de la piel del conducto auditivo externo (CAE) producida en general por gérmenes gram negativos (frecuentemente *Pseudomonas* y *Estafilococo*).

Criterios diagnósticos: dolor intenso con sensación pruriginosa. El dolor aumenta con la movilización de la articulación temporomandibular (masticación), con la presión en trago o con la movilización del CAE. La hipoacusia, de existir, es leve. No hay fiebre. Suele haber antecedentes de baño, rascado, uso de bastoncillos o eccemas previos en el oído. Es mucho más frecuente en verano.

Exploración: otorrea difusa leve con gran inflamación del CAE. Otoscopia dolorosa al traccionar del pabellón. Membrana timpánica normal o levemente enrojecida (muchas veces no logra verse por la inflamación del CAE).

Tratamiento: limpieza del CAE y gotas tópicas de gentamicina y corticoide (4-5 gotas/6-8 h) o de ciprofloxacino y corticoide (4-5 gotas/12 h) durante 10 días. Si no existe edema, ciprofloxacino tópico sin corticoide. Es preciso mantener el oído ventilado pero protegiéndolo de la humedad (taparlo solo en los baños). Dependiendo del dolor (que suele ser importante) hay que asociar analgesia vía oral (ibuprofeno, paracetamol...) (Tabla I).

Situaciones a tener en cuenta:

- El cultivo y antibiograma solo es preciso ante fracaso terapéutico.
- Si la otitis es intensa se puede producir una inflamación del pabellón e incluso una celulitis subcutánea con afectación de la piel mastoidea y despegamiento del pabellón, simulando una mastoiditis. Es preciso en estos casos hacer el diagnóstico diferencial.
- En los casos con gran edema de CAE en los que no entran las gotas tópicas puede asociarse un corticoide oral (Deflazacort a 1 mg por kg y día 5 días) o enviar al ORL para colocar una gasa de bordes en CAE.
- Que aparezca fiebre puede indicar que existe también una otitis media aguda o una celulitis, por lo que en estos casos está indicado asociar un antibiótico oral (en general es útil la amoxicilina-ac. clavulánico).
- Si la infección se mantiene después de la fase aguda y desaparecen el edema y el dolor, se convierte en una **otitis externa difusa crónica**. El tratamiento ideal en estos casos es la limpieza local y las gotas tópicas de antisépticos (alcohol 70° boricado a saturación: 5 gotas /8 h durante 20 días). Probad antes la tolerancia al alcohol en la consulta.
- Tras la curación, es aconsejable controlar al niño por si existe un eccema de base ya que, si no controlamos dicho eccema, las posibilidades de recidiva son altas.
- Si se sospecha la existencia de hongos por la otoscopia, el tratamiento más eficaz consiste en lavados de vinagre mezclado con suero o con alcohol de 70° a partes iguales.

A2. Otitis externa eccematosa

Definición: eccema de la piel del CAE. No se trata de una enfermedad infecciosa, aunque es frecuente que existan sobrein-

fecciones debidas a que la piel del CAE se vuelve más vulnerable, y a la frecuente manipulación de éste debida al prurito.

Criterios diagnósticos: los síntomas más frecuentes son el prurito y la descamación del CAE. A la exploración encontramos un conducto seco y descamado. Pueden existir tapones epidérmicos difíciles de extraer.

Tratamiento: evitar la humedad, acceite ocasional para mantener el oído lo menos seco posible y, en las fases más agudas, tratamiento tópico con esteroides (mometasona a 4-5 gotas/24 h durante 5-6 días). En las sobreinfecciones el tratamiento será el de la otitis externa difusa.

Situaciones a tener en cuenta:

Si existen sobreinfecciones muy frecuentes, se aconseja utilizar un antiséptico (alcohol boricado) tras los baños.

A3. Otitis externa circunscrita (forúnculo)

Definición: se trata de la infección de uno de los folículos pilosos del tercio externo del CAE originada generalmente por un estafilococo aureus.

Criterios diagnósticos: dolor intenso que aumenta a la presión en el trago o al movilizar el pabellón. La otoscopia es muy dolorosa y se observa una prominencia cubierta por piel enrojecida y a tensión, y en su vértice un absceso blanquecino centrado en un pelo del tercio externo del CAE. En casos intensos puede aparecer fiebre y alteración del estado general.

Tratamiento: antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico) asociada a analgésicos. En caso de alergia, pueden utilizarse macrólidos como claritromicina o azitromicina. Si no hay respuesta puede usarse clindamicina.

Situaciones a tener en cuenta:

El calor local puede colaborar a que madure y drene espontáneamente.

Si con el forúnculo maduro (fluctuando) no drena en 48 h se debe realizar el drenaje quirúrgico (enviar a ORL).

A4. Miringitis

Definición: inflamación de la capa externa del tímpano (piel), a veces con vesículas hemorrágicas (bullosa), en el curso de un catarro común, ocasionada por los virus causantes de éste.

Criterios diagnósticos: dolor y otorragia durante un cuadro catarral. A la otoscopia se aprecia hiperemia timpánica y/o bullas hemorrágicas sobre el tímpano.

Tratamiento: sólo precisa tratamiento sintomático con analgésicos, ya que cura espontáneamente. Pueden utilizarse también gotas tópicas con antibiótico y anestésico. No mojar el oído para evitar la infección de las vesículas al romperse.

Situaciones a tener en cuenta:

Es importante tranquilizar al paciente y su familia, ya que la otorragia produce una alarma que no se corresponde con la gravedad del cuadro.

OTITIS MEDIAS

B1. Otitis media aguda (OMA)

Definición: inflamación aguda del oído medio con signos locales de derrame (hipoacusia brusca, abombamiento o disminución de movilidad) acompañados de síntomas agudos locales (otalgia o equivalente en el lactante) o generales (fiebre o afectación del estado general).

Criterios diagnósticos: el síntoma más característico es la otalgia (en el lactante, llanto difícil de calmar) junto a la otorrea y la hipoacusia de aparición brusca. Más inespecíficos son la fiebre (causada frecuentemente por el catarro acompañante), los vómitos y la diarrea.

Además de los síntomas, para diagnosticar una OMA, es **imprescindible** confirmar la presencia de exudado en oído medio (mediante otoscopia, otoscopia neumática o impedanciometría), ya que:

- Tímpano abombado+deslustrado+movilidad alterada tienen un 99% de VPP.
- Tímpano abombado+hiperemia+movilidad alterada tienen un 94% de VPP.

Tratamiento: iniciar tratamiento sintomático con ibuprofeno o paracetamol.

La otitis cura en su mayoría de forma espontánea, por lo que puede evitarse en muchos casos el tratamiento antibiótico siempre que, si no mejora, se controle al niño a las 48 horas. La decisión de tratar o no dependerá de cada niño y del tipo de otitis (no tratar es aconsejable en > 2 años, con síntomas leves y sin factores de riesgo. En otras situaciones instaurar tratamiento antibiótico).

El tratamiento antibiótico de elección es la amoxicilina oral a 80 mg/kg/día en tres tomas. En OMA no complicada y pacientes sin factores de riesgo el tratamiento antibiótico puede durar 5 días y 10 en los demás casos.

Si no hay mejoría con amoxicilina en 48-72 h o ha tomado ya antibiótico en las últimas semanas, dar antibióticos de segunda línea (amoxi-clavulánico, cefalosporinas...) (Tabla II).

Situaciones a tener en cuenta:

- Se ponga o no tratamiento, es aconsejable reevaluar al niño a los dos-tres días si no hay una franca mejoría.
- La revisión al finalizar el tratamiento no tiene sentido, salvo en niños con factores de riesgo. El derrame asintomático posterior a una OMA puede persistir 3 meses después de aquella (no mandar por ello nuevo antibiótico).
- Las complicaciones supurativas ocurren en un 0,2% de los casos.
- Los factores predisponentes son: edad (mayor frecuencia entre 6 y 24 meses), sexo (más en niños 1,5/1), edad del 1º episodio (si es antes de los 12 meses aumenta el número de recaídas), guardería, historia familiar (hermanos con otitis), alimentación (no lactancia mater-

na), fumadores en el medio familiar y alergias. Algunos de estos factores pueden evitarse.

- En España, los gérmenes que producen OMA bacteriana son: *S. pneumoniae* 35%, *H. influenzae* 27%, *M. catarrhalis* 1%, *S. pyogenes* 4%, otros 9% y estériles 24%.
- En los lactantes suele haber más clínica general que local.
- No tiene sentido la utilización de gotas óticas en la OMA.
- La miringotomía está indicada como tratamiento de las otitis complicadas o cuando, a pesar del tratamiento correcto, persisten fiebre y otalgia. Enviar en esos casos al ORL.

B2. Otitis media aguda persistente (OMAP)

Definición: recaída en los 7 días siguientes tras terminar el tratamiento de una OMA. Se considera el mismo episodio de otitis.

Criterios diagnósticos: los mismos de la OMA.

Tratamiento: según haya sido el tratamiento del episodio previo. En general, amoxi-clavulánico a 80 mg/kg/día en 3 tomas durante 12-15 días. Si ha sido utilizada antes y a esas dosis, utilizar una cefalosporina de tercera generación (cefpodoxima, cefixima, ceftibuteno...) o mejor ceftriaxona i.m. a 50 mg/kg/24 h durante 3 días (también puede darse una sola dosis).

Situaciones a tener en cuenta:

Tratar los síntomas acompañantes, fundamentalmente la obstrucción nasal.

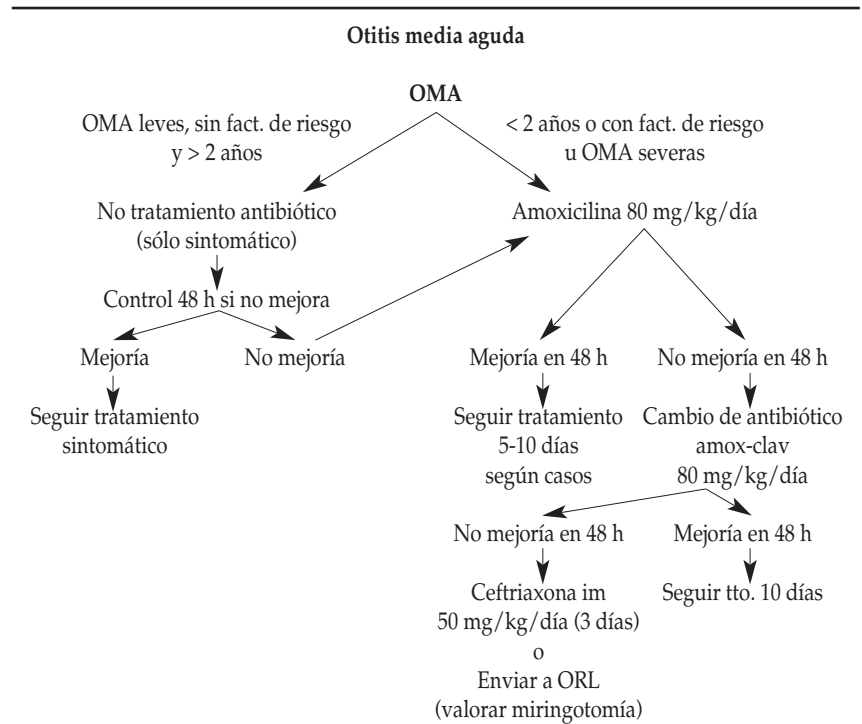
Pensar en miringotomía si persisten fiebre u otalgia tras el tratamiento (ORL).

B3. Otitis media aguda recurrente (OMAR)

Definición: OMA que se repite con una frecuencia de al menos 3 episodios en los últimos 6 meses ó 4 en 12 meses.

Criterios diagnósticos: cada episodio debe encajar en los criterios diagnósticos de la OMA aislada.

TABLA II. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA



Nota: debido a que la ceftriaxona es un antibiótico de uso limitado en nuestro medio, recomendamos tener en reserva algunas dosis en los Centros de Salud.

Tratamiento: el tratamiento inicial de cada episodio de OMA será amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día en 3 tomas, durante 12 días. Asociar ibuprofeno y limpieza nasal. Si tras control a los 2-3 días no evoluciona favorablemente cambiar a ceftriaxona i.m. a 50 mg/kg/día en una dosis diaria durante 3-4 días.

El tratamiento último de la OMAR, si persisten los cuadros a pesar de tratamientos correctos y protección con vacunas y medidas higiénicas, es la cirugía (adenoidectomía y drenajes transtimpánicos). Enviar a ORL (Tabla III).

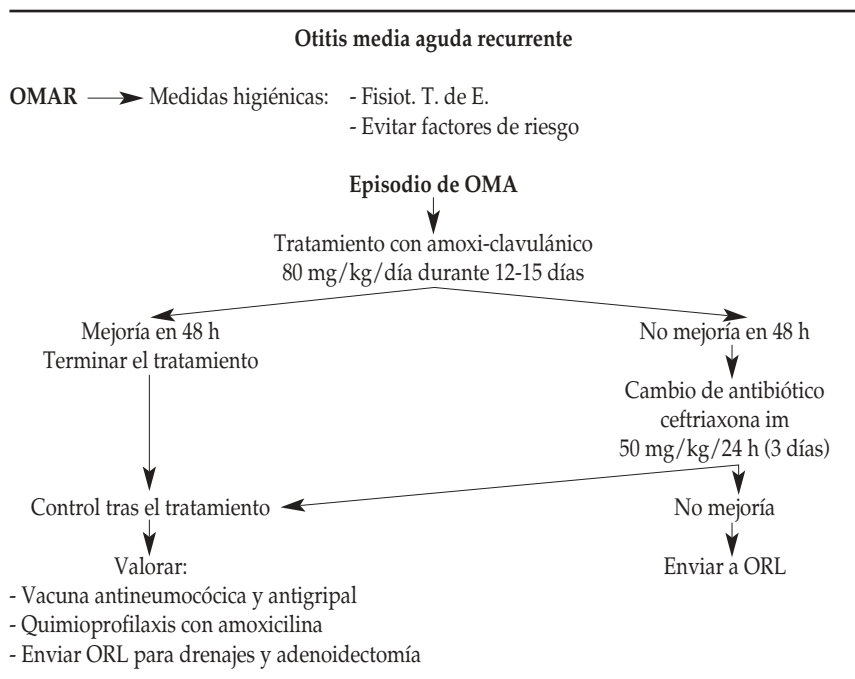
Situaciones a tener en cuenta:

- El riesgo de recurrencia aumenta si la primera otitis ocurre en los primeros 6 meses de vida.
- Es muy importante en estos casos insistir en la evitación de los factores pre-

disponentes de las otitis (guardería, humo de tabaco, etc.).

- Valorar la administración de vacuna antineumocócica conjugada y/o vacuna antigripal antes de indicar un tratamiento quirúrgico si la obstrucción nasal no es muy marcada.
- La quimioprofilaxis sólo estará indicada en pacientes que rechacen el tratamiento quirúrgico, menores de 2 años, niños de riesgo mientras esperan la cirugía y ocasionalmente en primavera si se espera una mejoría en el verano. Se realizará con amoxicilina, a 20 mg/kg en una sola toma antes de acostarse, durante los meses de riesgo.
- Tras los episodios de otitis puede permanecer un derrame en oído medio que se tratará con medidas higiénicas como una otitis serosa.

TABLA III. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA RECURRENTE



B4. Otitis media secretora o serosa (con efusión) (OMS)

Definición: acúmulo de secreciones en oído medio, sin clínica aguda acompañante, debida a una inflamación de la mucosa y un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

Criterios diagnósticos: el *síntoma* más importante es la hipoacusia. No existe dolor. Es frecuente que se asocie con mala ventilación nasal. La *exploración* revela un tímpano sin brillo por ocupación del oído medio. La impedanciometría es una ayuda, pero tiene una importancia relativa: cuando es normal descarta una otitis serosa, pero si es plana debe coincidir con la exploración y con la clínica para poder realizar el diagnóstico.

Tratamiento: el tratamiento depende del tiempo de evolución y de la sordera que produzca.

Primer paso: mejorar la ventilación nasal y favorecer la permeabilidad de la trompa de Eustaquio. Se intenta conseguir mediante lavados nasales (con el niño sen-

tado o semisentado), aprender a sonarse, evitar tabaquismo pasivo, evitar antígenos en caso de alergias, evitar baños en piscinas, evitar los decúbitos tras la ingesta, tratar el RGE si existe, masticar chicles e inflar globos (en niños mayores), beber líquidos abundantes, etc. (Anexo 1 de consejos).

Segundo paso (a los dos meses del diagnóstico): si las medidas anteriores no han sido efectivas, puede asociarse un corticoide tópico nasal durante dos meses. Si tras ello existe mejoría leve seguir un mes más con el corticoide tópico nasal. Si no mejora nada o existe hipoacusia clara enviar para control a ORL.

Tercer paso: (a los 4 meses del primer contacto con el paciente). Si existe hipoacusia clara u obstrucción nasal que no ha mejorado con tratamiento médico: enviar a ORL para drenajes y adenoidectomía. En caso de serosa leve sin hipoacusia, sin infecciones y sin alteraciones timpánicas, seguir con controles y corticoide tópico ocasional (Tabla IV).

Situaciones a tener en cuenta:

- Si la situación al diagnóstico es de sordera importante o retraso en el lenguaje, enviar directamente a ORL para valorar cirugía.
- Cuando tras una OMA persiste el derrame más de 3 meses debe tratarse como una otitis serosa.
- En niños mayores con sorderas leves o con tímpanos hundidos, son útiles los globos para hincharse por la nariz (Oto-vent).
- No son de utilidad los AINEs, antihistamínicos o descongestivos nasales.

B5. Otitis media crónica simple (OMC)

Definición: inflamación crónica del oído medio sin tendencia a la curación que suele dar lesiones estructurales. Simplificando, consideramos OMC simple a toda perforación timpánica no marginal que dura más de 3 meses.

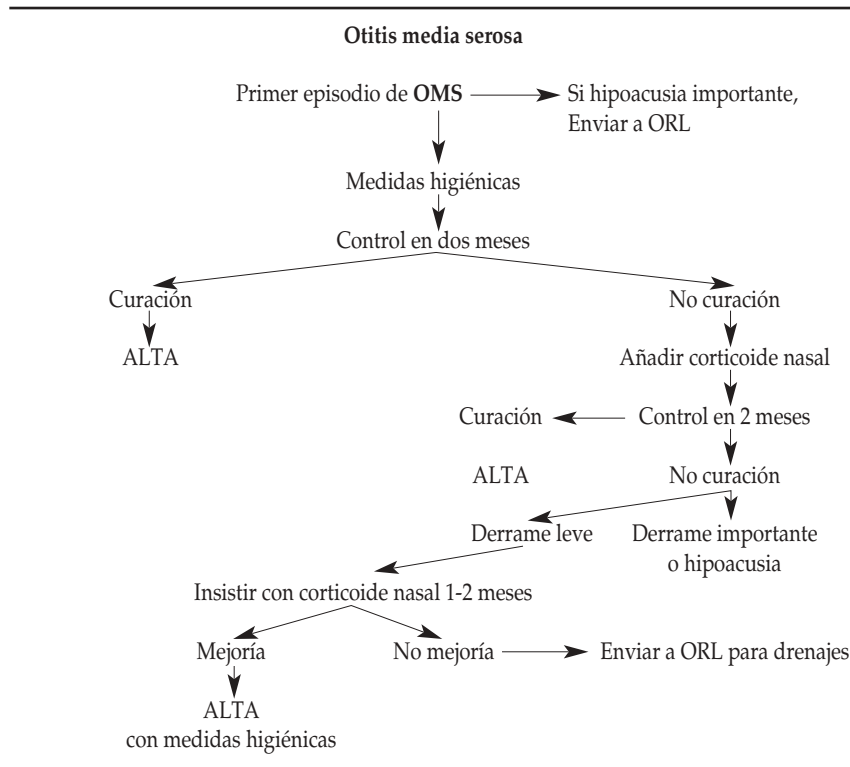
Criterios diagnósticos: el diagnóstico se hará por la otoscopia (perforación timpánica no marginal) y el seguimiento del paciente (que persista más de 3 meses).

Tratamiento: el tratamiento de elección es la cirugía (miringoplastia), aunque hay que valorarla teniendo en cuenta la edad del niño y la función nasal. El tratamiento ante una perforación que se descubre por primera vez en la consulta es evitar riesgos de infección (no mojarse) y mejorar la ventilación nasal. La gran mayoría curan espontáneamente. Si persiste más de 1 mes enviar a ORL.

Situaciones a tener en cuenta:

- En niños con mala ventilación nasal la perforación hace las veces de un drenaje transtimpánico, por lo que no es aconsejable cerrarla. Hay que restaurar primero la ventilación nasal.
- Si la perforación es pequeña y no da problemas, esperar a operar hasta los 7 años al menos.

TABLA IV. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA



- Las reinfecciones en un oído previamente perforado pueden tratarse con antibiótico oral o mejor con gotas óticas no ototóxicas (ciprofloxacino). Los gérmenes más frecuentes son, al igual que en las otitis externas, los gram negativos.

B6. Otitis media crónica colestomatosa (OMCC)

Definición: saco de piel que penetra en oído medio produciendo colesatina y ocasionando destrucción local e infecciones persistentes.

Criterios diagnósticos: el cuadro clínico es el de infecciones repetidas o persistentes con otorrea **fétida**, en general aso-

ciadas a hipoacusia de distinta intensidad. La otoscopia es fundamental, observando en general una perforación o saco de retracción en el margen timpánico (sobre todo pars flácida o cuadrante posterior) con contenido epidérmico (nacarado).

Tratamiento: el tratamiento es siempre quirúrgico. Ante sospecha de colestoma enviar a ORL.

Situaciones a tener en cuenta:

- Existen también, aunque son raros, colestomas a tímpano cerrado. En ellos se ve en la otoscopia –por transparencia– una masa blanquecina en oído medio, cuadrante posterior. Como cuadro evolutivo de una otitis serosa pueden aparecer retracciones timpá-

nicas (sacos de retracción, atelectasias) que pueden dar lugar a colestomas si se dejan evolucionar. En estos casos enviar a ORL para control.

BIBLIOGRAFÍA

- Hoberman A, Paradise JL. "Otitis media aguda: diagnóstico y tratamiento en el año 2000". *Pediatric Annals* 2000; 29 (10): 609-20. Traducida en *MTA-Pediatría* 2001; 22 (4): 135-56.
- Del Castillo F. "Otitis media aguda: criterios diagnósticos y aproximación terapéutica". *An Esp Ped* 2002; 56 (supl 1): 40-7.
- Rosenfeld RM. "Método basado en la evidencia para tratar la otitis media". *Clin Ped Nt* 1996; 6: 1075-92.
- Uribe L. "Antibióticos en Pediatría. ¿Podemos usarlos mejor?" *Boletín Soc VNP* 2002; 36: 28-37.
- INFAC. "Tratamiento de la otitis media aguda en la infancia". *Infac* 2000; 8 (9).
- García de Lomas et al. "Sensibilidad de los patógenos respiratorios de la comunidad en España: resultados del estudio SAUCE". *An Esp Ped* 2002; 56 (supl 1): 9-19.
- O'Neill P. "Child health: acute otitis media". *BMJ Clinical Evidence*. Search date June 2001.
- Rosenfeld RM. "Tratamiento integral para otitis media con derrame". *Clin ORL de Norteamérica* 1994; 3: 439-50.
- Nadal D. "Medicina basada en la evidencia en enfermedades infecciosas pediátricas: controversias". *MTA Pediatría* 2002; 23 (11): 387-400.
- Crovetto MA, Aristegui J. "La otitis media en la infancia". Barcelona: Ed. Prous Science; 1997.
- Dolor de oído (otalgia). En: Albert Pomeranz et al. "Nelson. Estrategias Diagnósticas en Pediatría". Ediciones McGraw-Hill; 2002. p. 2-3.
- Erramouspe J, Heyneman CA. Treatment and prevention of otitis media. *Annals of Pharmacotherapy* 2000; 34 (12): 1452-68.
- Siegel R et al. Treatment of Otitis Media With Observation and a Safety-Net Antibiotic Prescription. *Pediatrics* 2003; 112 (3): 527-31.

ANEXO 1. INSTRUCCIONES A LOS PADRES (MEDIDAS HIGIÉNICAS)

OTITIS SEROSA

Su hijo/a padece una otitis serosa. Se trata de un mal funcionamiento de la comunicación entre el oído y la nariz (Trompa de Eustaquio), lo que provoca un acúmulo de secreciones (moco) en la caja del tímpano (oído medio) donde, en lugar de moco debería haber aire. Esto supone una pérdida de audición de intensidad variable pero que se recuperará con el tratamiento adecuado.

Medidas higiénicas aconsejadas:

- Mantener la nariz limpia: Sonarse bien los mocos (no sorber), limpieza nasal con suero fisiológico o agua de mar estéril y tratar cualquier problema que cause obstrucción nasal. Los lavados realizarlos con el niño sentado o semisentado, no tumbado.
- Beber líquidos abundantes (agua, zumos...) para disminuir la densidad del moco.
- Masticar chicles (en niños mayores). Mejor si son de Xylitol.
- Inflar globos o soplar con la nariz y boca tapadas siempre que no esté con catarro o moco sucio.
- Evitar los baños en piscinas. El cloro entra por la nariz e irrita la comunicación con el oído. El baño en agua salada, sin embargo, es beneficioso. En ningún caso necesita taparse los oídos.
- Evitar el contacto continuado con humo de tabaco (fumadores en ambiente familiar) o ambientes contaminados.

OTITIS MEDIA AGUDA RECURRENTE

Para evitar los procesos de otitis que padece su hijo/a es aconsejable seguir algunas normas de higiene que le beneficiarán:

- Mantener la nariz limpia: sonarse los mocos (no sorberlos), limpieza nasal con suero fisiológico o agua de mar estéril y tratar cualquier problema que cause obstrucción nasal.
 - Beber líquidos abundantes (agua, zumos...).
 - Evitar el contacto con humo de tabaco (fumadores en la familia) o ambientes contaminados.
 - Evitar la guardería si es posible o intentar que los grupos de niños sean lo más reducidos posible.
 - En lactantes realizar las tomas en posición más vertical y no acostarles inmediatamente. Es aconsejable la lactancia materna.
 - Evitar el uso de chupetes.
-