

## Formación continuada

# Extracción de tapones de cerumen por irrigación (lavado de oídos) en sala de curas

### Autores

Quirós Jiménez, Juan Ramón

Enfermero del Trabajo

Excma. Diputación Provincial de Jaén

## El tapón de cerumen

El cerumen es un conjunto de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo (C.A.E. en lo sucesivo) (Guest JF, 2004). El cerumen actúa como vehículo para alejar desechos y contaminantes de la membrana timpánica, lubrica la epidermis y facilita el paso del sonido hacia el oído medio. Se ha hablado tradicionalmente del papel del cerumen contra las infecciones pero no hay realmente pruebas de que esto sea así.

El C.A.E. tiene mecanismos de auto limpieza que producen una lenta migración de los restos de piel y de la cera hacia el exterior del mismo de modo que en circunstancias ideales no debería ser necesario limpiar los oídos.

El tapón de cera se reconoce muy fácilmente por otoscopia. La cera puede ser clara u oscura y de consistencia desde muy blanda a dura.

Existen varios factores que predisponen a la existencia del tapón de cerumen, pero en la práctica la impactación se produce, más que por la incapacidad del oído para su limpieza de manera natural o por la existencia de estos factores, por los intentos no exitosos de extraer el cerumen por parte del paciente.

Los factores que predisponen la formación de tapones de cerumen son:

- Intentos de extracción del cerumen por parte del paciente.
- C.A.E. estrecho o retorcido.
- Oídos que producen demasiado cerumen (probablemente existe un factor hereditario).
- Presencia de abundantes pelos en C.A.E.

- Edad (en ancianos el cerumen es más seco y duro).
- Historia previa de tapones de cera impactados.
- Lavarse en exceso con jabón o champú.
- Uso habitual de audífonos o sistemas de audición que implican la introducción de parte del dispositivo en el C.A.E..

El tapón de cerumen es una patología que, si bien en un principio parece banal, es importante dado el tiempo que supone la extracción del mismo en las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria.

## Fundamentación de la realización de la técnica por personal de enfermería

Partiendo de diversa documentación como la sentencia del Juzgado Contencioso Administrativo con fecha 18 de Abril de 2007 y escritos de la Sociedad Española de ORL, la realización del procedimiento de la extracción de tapones de cerumen por irrigación por parte del personal de enfermería se fundamenta en varios aspectos:

- **Formación teórico-práctica:** dentro de las técnicas enfermeras que se encuentran en los planes de estudios, se encuentra la de lavado de oídos y extracción de tapones de cerumen por irrigación. En consecuencia, “es exigible a todo profesional conocer los avances de la ciencia médica y que aprenda las nuevas técnicas de su especialidad, máxime cuando esas técnicas son generales y no requieren especial cualificación pues su capacitación es evidente y fácilmente objetivable dada su diplomatura en enfermería”. La formación continuada es otra de las necesidades de los profesionales sanitarios.

- **Fundamentación bibliográfica:** La existencia de literatura clínica de enfermería de pregrado y postgrado, tanto nacional como internacional, es otro de los fundamentos para afirmar que este procedimiento es y debe ser una actividad interdependiente y en ocasiones independiente, del profesional de enfermería. Este proceso enfermero consiste en realizar una valoración enfermera, mediante entrevista clínica, exploración física ocular y palpatoria. La enfermera esta capacitada para valorar la normalidad del conducto auditivo. En caso de no existir normalidad, derivará al facultativo. Posteriormente realizará el procedimiento.

- **Fundamentación del ejercicio profesional:** dentro de los procedimientos que la mayoría de los Colegios Profesionales de Enfermería proponen y avalan en el listado de tarifas por procedimientos enfermeros, se encuentra el lavado de oídos o extracción de tapones. Esto podría explicar que se da por hecho que esta técnica es del profesional de enfermería, ya que los colegios ordenan el ejercicio de la profesión enfermera.

### **Clínica y diagnóstico**

La manifestación clínica más frecuente del tapón de cerumen es una sordera brusca o gradual, generalmente después de un baño, no dolorosa, con autofonía y sensación de plenitud en el oído. El tapón va creciendo lentamente hasta que obstruye por completo la luz del C.A.E. y se produce la disminución de la audición. Cuando el tapón se seca el paciente recupera espontáneamente la audición hasta que después de varios episodios similares la hipoacusia puede hacerse permanente.

Puede haber otros síntomas, sobre todo si el tapón es muy grande y contacta con el tímpano: Acúfenos, otalgia, sensación de inestabilidad, vértigo o incluso tos.

Ante la sospecha de un tapón de cerumen debemos hacer una historia clínica breve descartando antecedentes de otalgia, otorrea, perforación o cirugía previa. Debemos también preguntar sobre episodios previos de tapones, métodos de extracción que se utilizaron y si hubo algún problema asociado al procedimiento de extracción.

Hay que hacer una inspección del pabellón viendo si sale material del C.A.E. y explorar éste con otoscopio para ver el cerumen, su consistencia y el grado de obstrucción que produce.

Descartaremos la presencia de cuerpos extraños o de un tapón epidérmico (secundario a una dermatitis del C.A.E., de color mas claro y muy adherido a la pared) en cuyo caso el paciente deberá ser enviado al especialista en ORL. Si el tapón está más allá del tercio externo del

C.A.E. sospecharemos que se ha introducido previamente algo para intentar la extracción. En cualquier caso es normal la existencia de algo de cera y su ausencia total podría ser signo de sequedad de la piel, infección o una excesiva limpieza.

### **Que hacer ante un tapón de cerumen**

Sólo está indicada la extracción del cerumen cuando éste bloquea el C.A.E. produciendo una disminución de la audición o cuando el tapón nos impide ver el tímpano al hacer una otoscopia.

No está claro cual es el mejor método para la extracción y las evidencias que existen en la literatura son muy limitadas. Prácticamente no hay estudios que comparen un método con otro y que permitan hacer recomendaciones con claridad (University of Texas, 2007; Adams-Wendling L, 2007).

Los posibles tratamientos que podemos utilizar son los siguientes:

- **Agentes cerumenolíticos administrados por el propio paciente:** Debería ser probablemente el primer método a utilizar (NHS, 2006). En algunos estudios se calcula su eficacia en un 40% pero quizá depende el aconsejar al paciente este tratamiento del estado del tapón en cuanto a dureza, grado de obstrucción del C.A.E., etc. Es el método más económico, ahorra tiempo de consulta y en general no tiene efectos secundarios (Hand C, 2004).

- **Autolavado por parte del paciente con una "pera" después de ser visto por el médico,** sin o con la aplicación previa de cerumenolíticos. Se ha demostrado en algunos estudios que puede ser un buen método con un importante ahorro de recursos (Coppin R, 2008).

- **Extracción por lavado con jeringa o aparato eléctrico:** Es el método más utilizado en Atención Primaria. Puede hacerse directamente (eficacia del 70%- 75%) o con el empleo previo de cerumenolíticos (eficacia del 97%). Con cierta frecuencia al volver el paciente tras la administración del cerumenolítico en su domicilio ya no es necesaria la extracción por lavado.

- **Extracción del cerumen a través de visión directa con un instrumento** (cureta, cucharilla, etc.) o por aspiración. Es lo más indicado si existe el antecedente de perforación, requiere formación específica previa, lleva un tiempo similar al lavado, no precisa de la administración previa de cerumenolíticos y disminuye el riesgo de infecciones. No se usa prácticamente en Atención Primaria pero hay estudios que demuestran que es posible su aplicación con una adecuada formación (Pothier DD, 2008).

Otros métodos como aparatos de vacío para autolimpieza por el paciente o las “velas para oído” no han demostrado ser eficaces para la extracción de los tapones de cerumen.

Sea cual sea el tratamiento elegido es fundamental la formación previa del médico o enfermera que lo realiza tanto para mejorar las tasa de éxito como para minimizar las posibles complicaciones.

### **Cerumenolíticos**

No hay en la literatura evidencias a favor del uso de una u otra sustancia, los estudios son heterogéneos y de mala calidad (Burton MJ, 2008). Los cerumenolíticos habituales están basados en agua o en aceite y van desde el agua del grifo o agua oxigenada diluida al 50% hasta el aceite de oliva, pasando por múltiples preparados en gotas o en spray que contienen fundamentalmente bicarbonato sódico o hidróxido potásico y de venta en farmacias.

Tampoco está clara su pauta de utilización en cuanto a dosis y duración del tratamiento. Sí es importante señalar que parece no haber diferencia en usar los cerumenolíticos por parte del paciente en su domicilio durante dos o tres días antes de la extracción o hacerlo en la consulta quince o treinta minutos antes de la misma.

Los protocolos consultados en España recomiendan instilar agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que el Médico estime oportuno en el C.A.E. Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces, los dos días anteriores a la extracción.

En nuestra consulta recomendamos instilar unas gotas de aceite de oliva en el C.A.E. 3 veces al día los 2/3 días previos a la extracción y nos da buen resultado.

En cualquier caso, si es el paciente quien va a echar las gotas es conveniente que se le den algunas instrucciones sobre el uso de los cerumenolíticos indicándole que suspenda el tratamiento si nota dolor y que no introduzca algodón o bastoncillos tras echar las gotas o el spray.

### **Recuerdo anatómico**

Se observa que el C.A.E es un conducto de aproximadamente 2,5 cm de largo, con una dirección oblicua de fuera adentro y de atrás hacia adelante, pero no es rectilíneo, constando de tres segmentos:

- El 1º se dirige hacia dentro y adelante.
- El 2º hacia dentro y atrás.
- El 3º igual que el 1º.

Estos tres segmentos se continúan uno con el otro formando dos codos muy redondeados, representando la porción ósea el segmento delimitado entre el 2º codo y la membrana timpánica.

### **Protocolo de extracción de tapones por irrigación**

Para realizar esta técnica con total seguridad, se hace necesario establecer un protocolo, en el que se hará constar, al menos:

- La finalidad del mismo
- La población diana
- La forma de captación
- La iniciación del protocolo
- Las contraindicaciones de la técnica
- Los medios materiales necesarios
- La forma correcta de realizar la técnica

### **Necesidad de un modelo de consentimiento informado**

Se debe informar al paciente de la conveniencia de extraer los tapones de cerumen, de las consecuencias de no hacerlo, explicarle en qué consiste la técnica que se va a emplear para su extracción, las contraindicaciones de la misma y los posibles efectos secundarios y complicaciones que puedan surgir, de modo que se cumpla lo expresado en La Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (art. 2.3, 2.6 y 4.1), dejando constancia de todo ello en la historia clínica del paciente. Este hecho se reafirma en la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias (LOPS, noviembre de 2003), que establece en su artículo 6: “Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada”.

### **Iniciación**

El médico, tras descartar las posibles contraindicaciones que se citan posteriormente, lo anotará en la Historia Clínica, informará al paciente de los efectos negativos sobre la salud de los tapones de cerumen, y de los posibles efectos secundarios y complicaciones de ésta técnica (perforación timpánica, otitis externa, otitis media aguda, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equi-

librio, otorragias y acúfenos), entregando para su lectura y firma un consentimiento Informado, y enviará al paciente al Enfermero de Empresa, quién le citará para la extracción del tapón.

### Contraindicaciones

- Otitis Media y Externa, hasta que se resuelva.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de Otitis Crónica y Supurada.
- Cirugía otológica previa, salvo estapedectomía y estapedotomía
- Heridas recientes de Tímpano y C.A.E.
- Presencia de Cuerpos Extraños.
- Tapón Epidérmico.
- Existencia de drenajes transtimpánicos en población infantil
- Historia previa de complicaciones con los intentos de extracción

En todos los casos anteriores se derivará a su médico de familia para derivación a O.R.G..

### Medios materiales

- Agua a temperatura corporal.
- Bateas rectangular y arriñonada.
- Jeringa metálica otológica.
- Otoscopio, y espéculos auriculares limpios y esterilizados.
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.
- Paños desechables
- Guantes

### Otoscopia

Es la exploración del C.A.E., tímpano e indirectamente del Oído Medio.

Procederemos a rectificar la curvatura fisiológica del C.A.E mediante tracción de la porción superior del Pabellón auricular hacia arriba y atrás. En lactantes y niños hacia abajo y atrás, ( el C.A.E es más corto y la porción cartilaginosa presenta una forma de hendidura). Seguidamente se introduce el otoscopio a través de la porción cartilaginosa hasta llegar al eje de la porción ósea del C.A.E. Esto último debe hacerse de manera prudente y sin formar ángulos agudos en su extremo pues es relativamente cortante. También debe evitarse el contacto con las paredes de la porción ósea del C.A.E.,( pues éstas son muy sensi-

bles y pueden lesionarse con facilidad) y los desplazamientos innecesarios hacia delante y atrás.

### Lavado

Se realizará previa Otoscopia.

- Antes de iniciar la extracción del tapón se informará al paciente sobre el desarrollo de la técnica y acerca de los signos y síntomas que pueden aparecer durante la misma, así como de aquellos por los que debe avisarnos: dolor, mareo, sensación de que pasa agua hacia la garganta.
- Lavarse las manos y ponerse guantes
- Llenar la batea rectangular con agua tibia. Comprobar que el agua esté a la temperatura corporal ya que si está demasiado fría o caliente puede alterar el reflejo vestibular y hacer que tenga mareos o náuseas.
- El paciente estará sentado con un paño desechable 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.
- Con su colaboración, o la de un ayudante, se sujetará la batea arriñonada debajo del oído para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.
- Se cargará la jeringa otológica con el agua templada y se extraerá el aire de su interior
- 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 C.A.E. Esta parte de la Técnica es muy importante y su no realización implica casi siempre dolor al paciente y posibles complicaciones.
- Por último 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 (nunca directamente hacia el tímpano, por el riesgo de perforación). Debe hacerse de manera prudente para evitar lesionar la piel del conducto y el desplazamiento del tapón hacia la parte interna del C.A.E. y su impactación sobre el tímpano. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo haga notar.
- Después de cada irrigación, volver a observar con el otoscopio.
- Si el tapón no sale después de tres emboladas, se obser-

vará 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 C.A.E.

- Una vez se crea haya salido completamente el Tapón, mediante otoscopia se verá el Conducto y Tímpano por si hubiera alguna anomalía, y de existir se derivará al Médico.

- En caso de que queden pequeños restos de cerumen en el borde externo del C.A.E. los retiraremos con la pinza otológica.

- El material quirúrgico reutilizable se limpiará y esterilizará para su posterior uso. Desechar el material de un solo uso en los contenedores correspondientes.

- Informar al paciente y/o familia sobre la posible aparición de síntomas y los cuidados posteriores a la extracción:

1- Ligera pérdida de audición de forma transitoria y breve, hasta la evaporación del agua residual que queda en el conducto tras su limpieza.

2- Si aparecen pequeños mareos evitar actividades que impliquen peligro (conducir, etc.)

3- Proteger el canal del oído de una posible infección tras la irrigación manteniéndolo seco 4 ó 5 días hasta que produzca más cera.

- Registro en la historia clínica del paciente del desarrollo de la técnica.

### Actividades preventivas

Es conveniente dar información al paciente, sobre todo si este ha tenido episodios repetidos de tapones, sobre hábitos higiénicos en el cuidado de los oídos. Debemos explicarle el papel del cerumen en el oído y el hecho de que su acumulación no es signo de una higiene deficiente. Es suficiente lavar el pabellón auricular y el borde más externo del CAE con un paño enjabonado. Debe evitarse introducir champú, jabón o alcohol en el oído. En personas con predisposición al oído de nadador se aconseja utilizar tapones de material plástico adaptable. Indicar al paciente que si nota alguna molestia en el oído debe acudir a su médico y en ningún caso intentar extraer él mismo la cera del oído. Hay que insistir en el riesgo de la utilización de bastoncillos y, sólo si el paciente presenta episodios muy frecuentes, se le puede aconsejar y explicar el uso de cerumenolíticos de forma periódica.

### Bibliografía

1- [http://www.ampap.es/profesion/pdf/protocolo\\_tapones.pdf](http://www.ampap.es/profesion/pdf/protocolo_tapones.pdf): Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado ótico en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid

2- [http://www.semap.org/docs/documentos\\_semap/ExtraccionTaponesconCerumen.pdf](http://www.semap.org/docs/documentos_semap/ExtraccionTaponesconCerumen.pdf): Informe sobre el Posicionamiento de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria ante la EXTRACCION DE TAPONES CON CERUMEN. Noviembre 2007

3- [http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion\\_hospitalaria/Extracci%C3%B3n%20de%20Tap%C3%B3n%20de%20Cerumen.%20Diciembre%202009.V.1.1.pdf](http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion_hospitalaria/Extracci%C3%B3n%20de%20Tap%C3%B3n%20de%20Cerumen.%20Diciembre%202009.V.1.1.pdf): Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado de oídos. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz. Diciembre de 2009. V. 1. 1

4- <http://www.tablonenblanco.com/smf/index.php?action=dlattach;topic=276.0;attach=188>: Protocolo de extracción de tapones de cerumen (lavado de oídos). Centro de salud "Anexo I". Miguel Gallardo Lancho, Leoncio I. Rodríguez Pérez

5- <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/tapon-cerumen/>: Xerencia de Atención Primaria. Pontevedra. Proceso de extracción de tapón de cerumen en Atención primaria. Junio de 2010

6- <http://usuarios.multimania.es/surclass/word/especialidades1/6.pdf>: Emergencias otorrinolaringológicas. Cátedra de cirugía. Dr Pedro Ángeles. Piura-Perú 2005. Páginas 8 a 10.