

# Saúde Baseada em Evidências

O volume de informações na área de saúde aumenta exponencialmente a cada dia, o que torna virtualmente impossível que os profissionais que não sejam ultra-especialistas naquele determinado campo consigam se atualizar. E aqueles que tentam se deparam muitas vezes com informações inconclusivas ou mesmo erradas. A medicina baseada em evidência funciona como um filtro de informações, seleciona o que existe de melhor na literatura, hierarquizando os diversos níveis de evidência, organizando os estudos em grupos, que procuram responder a uma mesma pergunta, tentando, por artifícios estatísticos, chegar a uma determinada conclusão, derivada dos mesmos. Aqui nesta seção discutiremos os mais diversos temas e esperamos que sirva de ferramenta para melhor conduzirmos nossos pacientes.

Augusto Paranhos Junior

Editor da seção

## Diretrizes para o diagnóstico e tratamento da otite média aguda

**Relatores:** Ana Claudia Brandão, Maria Teresa Bechere Fernandes

**Núcleo de Pediatria Baseada em Evidências:** Eduardo Juan Troster, Ana Claudia Brandão, Adalberto Stape, José Luiz Brant de C. Britto, Kristine Fahl, Márcio Caldeira A. Moreira, Maria Teresa Bechere Fernandes, Mariana Spadini dos Santos, Victor Nudelman. Departamento Materno Infantil do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

### INTRODUÇÃO

A otite média aguda (OMA) é a infecção bacteriana mais frequentemente diagnosticada em pacientes pediátricos e, conseqüentemente, a razão mais comum de prescrição de antibióticos. É considerada uma doença da primeira infância, com pico de incidência entre seis e nove meses de idade. Estudos indicam que até um ano de idade, mais de 60% das crianças tiveram um episódio de OMA e 17% tiveram pelo menos três episódios. Quanto menor a idade do primeiro episódio de OMA, maior a chance de recorrências.

A presença de líquido na orelha média após OMA é observada em 50% das crianças após o primeiro mês da doença, em 20% após dois meses e em 10% aos três meses. Essa complicação é de importante diagnóstico, já que está associada à perda auditiva condutiva, podendo estar relacionada também ao atraso no desenvolvimento da linguagem e mau rendimento escolar.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da OMA, destacam-se o tabagismo passivo, frequência a creches, sexo masculino, aleitamento materno por menos de três meses, história familiar positiva, período

de outono ou inverno, posição inadequada para mamar e uso de chupetas além do sexto mês de vida.

Os principais patógenos bacterianos causadores da OMA permanecem os mesmos das últimas duas décadas e são similares para lactentes, crianças e adultos. O agente mais freqüente é o *Streptococcus pneumoniae* (40%), seguido de *Haemophilus influenzae* não-tipável (25%), *Moraxella catarrhalis* (10%), *Streptococcus* do grupo A (2%) e *Staphylococcus aureus* (2%). Em aproximadamente 20 a 30% dos casos não há patógeno bacteriano identificado e presumivelmente são de etiologia viral.

Os desafios apresentados no manejo da OMA incluem a habilidade em se fazer um diagnóstico de certeza e a falta de fortes evidências em relação à eficácia do tratamento com antibióticos. Para a decisão de utilizar antibióticos, deve-se considerar a história natural de resolução espontânea da OMA, o risco de aumento das taxas de resistência bacteriana e, ainda, a possibilidade de evolução com complicações (meningite, mastoidite, paralisia facial, otite média com efusão etc.).

O surgimento de cepas bacterianas altamente resistentes aos antibióticos mais comumente utilizados é uma grande preocupação em todo o mundo e a prescrição inapropriada dos mesmos tem papel fundamental neste cenário. Esse fato, associado ao custo das medicações, tem chamado a atenção da comunidade médica e de autoridades de Saúde Pública para um uso mais criterioso dos agentes antimicrobianos.

A intenção desta diretriz é avaliar as evidências publicadas sobre o diagnóstico e manejo da OMA não-complicada em crianças de dois meses aos 12 anos de idade e fazer recomendações baseadas nessas mesmas

evidências aos profissionais de Saúde responsáveis pelos cuidados dessa população<sup>(1-9)</sup>.

Os objetivos são:

- melhorar a acurácia e manejo do diagnóstico de OMA;
- reduzir a utilização de antibióticos para tratamento de otite média com efusão (OME).

População alvo:

- crianças de dois meses a 12 anos de idade com sinais e sintomas de OMA.

População excluída:

- crianças com anomalias craniofaciais, imunodeficiências ou doenças sistêmicas graves;
- crianças com doenças genéticas;
- crianças hospitalizadas;
- crianças com timpanostomia.

Para diagnosticar OMA são necessários os seguintes achados:

- sinais e sintomas de inflamação do ouvido médio de início agudo: febre; membrana hiperemiada; desconforto afetando a atividade normal ou o sono e otalgia;
- presença de efusão do ouvido médio: edema/abaulamento da membrana timpânica; limitação ou ausência de mobilidade da membrana timpânica; nível hidroaéreo na membrana e otorréia.

Os fatores a serem considerados para o tratamento de OMA são:

- temperatura  $\geq 39$  °C nas últimas 48 horas;
- sintomas sugestivos de OMA por mais de 48 horas;
- estado toxêmico/sintomas sistêmicos;
- membrana timpânica do ouvido infectado não-intacta;
- episódio prévio de OMA nos últimos três meses;
- sinais iminentes de perfuração do ouvido infectado;
- coexistência de infecção bacteriana;
- opinião do médico de que a família não tem condições de avaliar a piora clínica da criança.

Recomenda-se para o tratamento:

1. O uso de analgésicos orais, como paracetamol ou ibuprofeno, é recomendado para todas as crianças com OMA e que sintam dor.
2. Em crianças menores de dois anos é recomendado o tratamento de OMA no primeiro episódio ou recorrência com mais de um mês do primeiro episódio:
  - primeira escolha: amoxicilina 40 a 80 mg/kg/dia por dez dias.

Para a escolha da dose maior de amoxicilina, considerar:

- exposição recente a antibióticos ( $\leq$  três meses);
- frequência em creche/educação infantil;
- perfil de resistência do *Streptococcus pneumoniae* na comunidade;
- estado vacinal;
- alergia a penicilina (anafilática, IgE-mediada): azitromicina (10 mg/kg/dia no primeiro dia e 5 mg/kg/dia nos próximos quatro dias), claritromicina (15 mg/kg/dia por dez dias);
- alergia a penicilina (não-anafilática, não IgE-mediada): cefuroxima (30 mg/kg/dia por dez dias), Cefprozil (30 mg/kg/dia por dez dias).

3. Em crianças maiores de dois anos, com bom estado geral, a opção de tratamento deve ser discutida com a família, considerando que em 80% dos episódios de OMA a resolução espontânea ocorre dentro de dois a sete dias.

- Se iniciado somente o uso de analgésicos, uma reavaliação deve ser garantida em 48 a 72 horas, caso não haja melhora.
- O tratamento com antibiótico deve ser introduzido se após um período de 48 a 72 horas os sintomas persistirem ou ocorrer piora.
- Os antibióticos recomendados são os mesmos já orientados para crianças menores de dois anos, porém, a duração do tratamento é de cinco dias.

4. É recomendado, para crianças com mais de dois anos de idade com OMA e estado geral comprometido, o tratamento imediato com antibioticoterapia por cinco dias.

5. É recomendada, para crianças com OMA recorrente com menos de um mês do primeiro episódio ou que fez uso de antibióticos por outras razões no último mês e que apresenta OMA atual, a introdução de antibiótico alternativo à amoxicilina.

- Primeira escolha: amoxicilina-clavulanato (80 mg/kg/dia) por dez dias.
- Não há evidências para prolongar ou utilizar antibióticos profiláticos em OMA recorrente.

6. Não é recomendada outra terapia para OMA: anti-histamínicos, corticóides, descongestionantes, antibióticos tópicos e antiinflamatórios não-hormonais.

Recomendações para seguimento:

7. Recomenda-se que, quando houver falha no tratamento inicial (após 48 a 72 horas de amoxicilina), seja introduzido antibiótico alternativo:

- primeira escolha: amoxicilina-clavulanato, 80 mg/kg/dia, durante dez dias.
  - crianças com vômitos ou que não toleram antibióticos via oral: ceftriaxone (50 mg/kg/dia) intra-muscular (IM), dose única diária durante três dias.
  - alergia a penicilina (anafilática, IgE-mediada): clindamicina (30 mg/kg/dia) por dez dias.
  - alergia a penicilina (não-anafilática, não IgE-mediada): ceftriaxone (50 mg/kg/dia) IM, dose única diária durante três dias.
8. Em pacientes tratados com Amoxicilina-clavulanato por três dias e que não apresentarem melhora, introduzir Ceftriaxone por três dias consecutivos. Se os sintomas de OMA persistirem, a timpanocentese está recomendada para a pesquisa bacteriológica do agente.
9. É recomendado que o paciente seja reavaliado após um período de quatro a oito semanas do diagnóstico para certificar-se da resolução do quadro ou persistência de líquido na orelha média.
10. Avaliação otorrinolaringológica:
- mais de três episódios de OMA em três meses;
  - mais de quatro episódios de OMA em 12 meses;
  - presença de líquido na orelha média (OME) após três meses do episódio agudo e com alteração da audiometria;
  - membrana timpânica retraída e/ou com perfuração mantida por seis semanas;
  - presença de complicações: mastoidite, paralisia facial, déficit auditivo etc.

#### Recomendações para prevenção:

- lavagem das mãos;
- estímulo ao aleitamento materno;
- condenação do tabagismo passivo;
- educação dos pais: posição ao mamar (sentado ou recostado com tronco e cabeça elevados), desencorajar o uso de chupetas após o sexto mês de vida, história natural da OMA (incluindo a alta taxa de resolução espontânea), seguimento das prescrições, necessidade de reavaliações, risco de OME.

Nota: As recomendações resultaram da revisão crítica da literatura e de práticas atuais. Esta diretriz não tem a intenção de impor padrões de conduta, mas ser um instrumento útil na prática clínica diária. O médico, frente ao seu paciente, deve fazer o julgamento a respeito da decisão de tratamento ou das prioridades de qualquer procedimento.

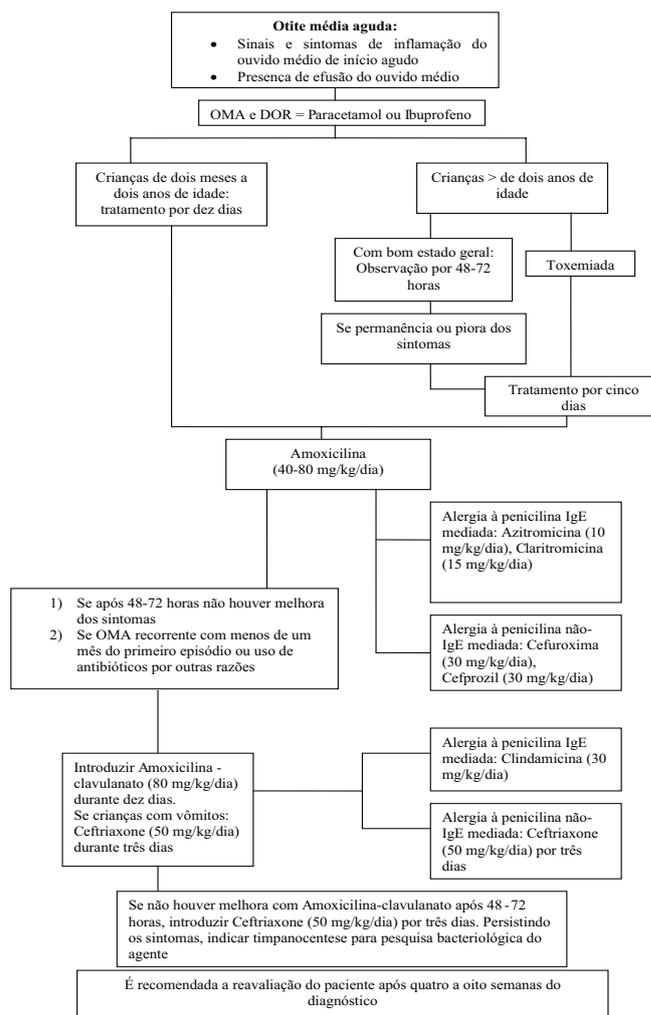


Figura 1. Algoritmo para o tratamento da otite média aguda

## REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-65.
2. Cincinnati Childrens Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age. Cincinnati (OH):Cincinnati Childrens Hospital Medical Center; 2004. 16 p.
3. Flynn CA, Griffin GH, Schultz JK. Withdrawn: Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD001727.
4. Foxlee R, Johansson A, Wejfalk J, Dawkins J, Dooley L, Del Mar C. Topical analgesia for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD005657.
5. National Prescribing Centre. The management of common infections in primary care-Acute otitis media. *MeRec Bulletin [Serial on the Internet]*. 2006 [cited 2008 Sep 23];17. Available from: [http://www.npc.co.uk/MeReC\\_Bulletins/MeReC\\_Bulletin\\_Vol17\\_No3\\_Intro.htm](http://www.npc.co.uk/MeReC_Bulletins/MeReC_Bulletin_Vol17_No3_Intro.htm)
6. British Columbia Medical Association. Guidelines & Protocols. Advisory Committee. Acute otitis media (AOM) [Internet]. 2004 Oct [cited

- 2008 Ago 25]. Available from: <http://www.health.gov.bc.ca/gpac/pdf/otitaom.pdf>
7. Alberta Clinical Practice Guidelines Working Group. Guidelines for diagnosis and treatment of acute otitis media in children [Internet]. 2008 Jan [cited 2008 Ago 25]. Available from: [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=12292](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12292)
  8. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD000219.
  9. Castanheira M, Gales AC, Mendes RE, Jones RN, Sader HS. Antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae* in Latin America: results from five years of the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program. *Clin Microbiol Infect.* 2004;10(7):645-51.