



# Otite média aguda em crianças

Resumo de diretriz NHG M09 (segunda revisão, fevereiro 2013)

Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



## Conteúdo

- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exame físico
  - Avaliação
- Conduta
  - Orientação
  - Medicação
  - Acompanhamento
  - Consultas e encaminhamentos

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Diagnóstico

Considerar o diagnóstico otite média aguda (OMA) em dor de ouvido e otorréia; em bebês e crianças até 4 anos de idade também na presença de sintomas gerais (ver anamnese), mesmo sem (evidências de) dor de ouvido ou otorréia.

## Anamnese

- Dor de ouvido, otorréia, perda auditiva, uni- ou bilateral.
- Sintomas gerais (febre, irritabilidade, agitação noturna, dor abdominal, vômitos, diarreia, diminuição na ingestão de líquidos e alimentos, sonolência).
- Sintomas de uma infecção respiratória superior (tosse, coriza, dor de garganta).
- Gravidade, duração e evolução dos sintomas.

- Episódios anteriores de OMA nos últimos doze meses.
- Presença de tubo de ventilação na membrana do tímpano.
- Fatores de risco para complicações (idade <6 meses, anormalidades anatômicas na área de otorrinolaringologia, como a síndrome de Down ou fenda palatina, operações de ouvido na história, sistema imunológico comprometido).

## Exame físico

Em dor de ouvido, em acordo com os responsáveis da criança será suficiente o aconselhamento por telefone, mas o exame físico é necessário em:

- criança gravemente doente ou piora rápida;
- presença de fatores de risco para complicações;
- todos os outros casos em que o médico de família e comunidade considera o tratamento antimicrobiano.

### *Conteúdo do exame físico*

Examinar ambos os tímpanos (remover se necessário o cerume ou detritos, não fazer lavagem do canal auditivo) e inspecionar:

- aspecto da membrana timpânica: a cor, a injeção vascular, grau de transparência;
- posição do tímpano: normal, abaulamento ou retraído;
- otorréia, perfuração da membrana timpânica, tubo de ventilação.

Em crianças que dão a impressão de doentes ou em risco de complicações, note evidência de mastoidite (borda da orelha mais afastada da cabeça, dor à pressão na região do mastóide) ou meningite (rigidez de nuca, diminuição do nível de consciência).

## Avaliação

Estabelecer o diagnóstico otite média aguda em dor de ouvido ou sintomas gerais e um dos seguintes sintomas:

- abaulamento e enrubescimento da membrana timpânica ou se essa apresentar aparência turva;
- membrana timpânica com clara diferença entre esquerda e direita na vermelhidão;
- otorréia existente a pouco tempo devido a um tímpano perfurado ou tubo de ventilação.

A injeção vascular da membrana timpânica não é específica para a otite média aguda; isso também pode ocorrer no resfriado ou ao chorar.

## Conduta

### Orientação

- Em 80% das crianças  $\geq 2$  anos os piores sintomas melhoram dentro de 2-3 dias e controle não é necessário; em crianças menores os sintomas podem durar mais tempo.
- Pode ocorrer secreção auricular, no geral essa tem resolução espontânea dentro de 1 semana.
- Em perfuração timpânica não nadar com a cabeça debaixo da água; tomar banho é permitido.
- Durante ou após uma infecção aguda do ouvido médio a criança tem a audição reduzida no ouvido afetado, mas isso geralmente desaparece espontaneamente ao longo de semanas a meses.
- Os antibióticos não têm influência significativa na duração e gravidade dos sintomas. Em otorréia logo após o início das queixas e em OMA bilateral em crianças  $< 2$  anos, os antibióticos podem encurtar a duração da dor ou febre.

### Medicação

- Recomendar em todos os casos analgesia; paracetamol<sup>1</sup> é a primeira escolha (veja a tabela de doses).
- Instruir os responsáveis pela criança a entrar em contato se o estado da criança piorar ou se não houver melhora.
- O tratamento antimicrobiano é indicado:
  - em criança gravemente doente ou se o estado piorar;
  - em risco de complicações.
- Considerar tratamento antimicrobiano em crianças:
  - $< 2$  anos com um OMA bilateral;
  - com otorréia já na primeira apresentação do episódio de OMA;

- que após três dias de sintomas não apresentarem melhora.
- A primeira opção é a amoxicilina por 1 semana; em contra-indicações para a amoxicilina prescrever azitromicina por 3 dias ou cotrimoxazol por 5-7 dias (ver tabela para as respectivas doses).
- Instruir os responsáveis a entrarem em contato na ausência de melhora em 48 horas.

## Acompanhamento

Os controles são indicados somente em otorréia.

- Depois de 1 semana: iniciar antibiótico se a otorréia persistir (e inicialmente se foi optado por espera vigilante).
- 1 mês após o término da otorréia: avaliar se a perfuração do tímpano está fechada.

## Consulta ou encaminhamento

- Encaminhar na presunção de mastoidite ou meningite ao otorrinolaringologista ou pediatra.
- Consultar um otorrinolaringologista ou encaminhar em:
  - ausência de melhora dentro de 48 horas após o início do antibiótico;
  - otorréia persistente após o tratamento com um agente antimicrobiano;
  - persistência na perfuração do tímpano um mês após o início da otorréia;
  - três ou mais recorrências por seis meses ou quatro por ano.

## Paracetamol

<b>Idade</b>	<b>Dosagem oral</b>	<b>Retal: máximo 90 mg/kg/dia</b>
3-12 meses	4-6 dd 2.5 ml (24 mg/ml)	2-3 dd 1 supositório 120 mg
1-2 anos	4-6 dd 5 ml (24 mg/ml)	2-3 dd 1 supositório 240 mg
2-4 anos	4-6 dd 6-7 ml ou 1 comprimido 120 mg	3 dd 1 supositório 240 mg
4-6 anos	4-6 dd 8 ml ou 1,5 comprimido 120 mg	4 dd 1 supositório 240 mg
6-9 anos	4-6 dd 10 ml ou 0.5 comprimido 500mg	2-3 dd 1 supositório 500 mg
9-12 anos	4-6 dd 0.75 comprimido 500mg	3 dd 1 supositório 500 mg
>12 anos	4-6 dd 1 comprimido 500 mg	2-3 dd 1 supositório 1000 mg

dd= vezes por dia (doses por dia)

## Agentes antimicrobianos

Idade		0-1 anos	1-2 anos	2-3 anos	3-5 anos	5-7 anos	7-9 anos	≥9 anos
Peso		<10 kg	10-12 kg	12-15 kg	15-20 kg	20-25 kg	25-31 kg	≥31 kg
Nome, dose diária	Forma							
Amoxicilina < 9 anos 40 mg/kg ≥9 anos dose adulta	100 mg/ml, 20 ml	2 dd 0,6 ml até 3 dd 1,5 ml						
	50 mg/ml, 100 ml		3 dd 3-4 ml	3 dd 3-4 ml	3 dd 4-6 ml	3 dd 6-7 ml		
	Cápsula ou comprimido para diluir em água 375 ou 500 mg						3 dd 375 mg	3 dd 500 mg
Azitromicina 10 mg/kg	40 mg/ml, 15 ml		1 dd 2,5-3 ml	1 dd 3-4 ml	1 dd 4-5 ml			
	40 mg/ml, 22,5 ml					1 dd 5-6 ml	1 dd 6-8 ml	
	40 mg/ml, 30 ml							1 dd 8-10 ml
	comprimido 250 mg						1 dd 1 comprimido	1 dd 1,5 comprimido
Cotrimoxazol (não em crianças < 6 meses) 36 mg/kg	48 mg/ml, 100 ml	2 dd 3-4ml	2 dd 4-5 ml	2 dd 5-6 ml	2 dd 6-7,5 ml	2 dd 7,5-9 ml		
	comprimido 480 mg						2 dd 1 comprimido	2 dd 1-1,5 comprimido

dd= vezes por dia (doses por dia)

## Notas do tradutor

Paracetamol é o antipirético e analgésico mais utilizado na Holanda, tanto para adultos quanto crianças, devido ao bom efeito e ausência de efeitos colaterais se utilizado em doses terapêuticas e por tempo limitado.