

## OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS – AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E DAS CONDUTAS

### *ACUTE OTITIS IN CHILDREN - EVALUATION OF DIAGNOSES AND OF CONDUCT*

Gilberto **PASCOLAT**<sup>1</sup>

Rev.Méd.Paraná/1298

Pascolat G. Otite Média Aguda em Crianças - Avaliação dos Diagnósticos e das Condutas. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):7-10.

**RESUMO** - A otite média aguda é uma patologia de alta prevalência nos consultórios de pediatria. Para um diagnóstico clínico correto é necessário observar a presença de secreção em ouvido médio e que esta secreção esteja inflamada. O tratamento pode ser somente de observação ou utilização de antibióticos específicos. Outros medicamentos não têm eficácia comprovada. Foram avaliadas todas as crianças atendidas no Instituto Curitiba de Saúde, no período de um ano, com diagnóstico de otite média aguda, através de prontuário eletrônico. De um total de 585 diagnósticos de otite média aguda consideramos como diagnóstico e terapia corretos 290 casos (49,6%). A maioria dos diagnósticos incorretos foi com a presença somente de hiperemia sem efusão (35%). Do tratamento inadequado em 15% a duração da antibioticoterapia foi incorreta e em 8,5% utilizaram-se antibióticos ineficazes para o tratamento de otite. Em metade dos casos diagnosticados como otite média aguda o diagnóstico e o tratamento foram considerados corretos.

**DESCRIPTORIOS** - Otite Média Aguda. Diagnóstico. Tratamento.

### INTRODUÇÃO

Entre as crianças que procuram atendimento médico com alguma queixa, a otite média aguda é a patologia preponderante<sup>1</sup>. É caracterizada pela presença de efusão em ouvido médio acompanhada de sintomas de febre, dor ou irritabilidade<sup>1</sup>. A otoscopia é fundamental para o diagnóstico e se houver a presença de cerúmen que impossibilite a visualização, este deve ser removido com uma cureta<sup>2</sup>. Os sinais e sintomas da otite média aguda (OMA) são inespecíficos e se somam com os da infecção respiratória superior<sup>3</sup>. O diagnóstico clínico é especialmente difícil em crianças menores de dois anos de idade<sup>1</sup>.

O diagnóstico é firmado baseado na presença de efusão no ouvido médio, que é indicada ou por abaulamento da membrana timpânica ou por diminuição da mobilidade desta membrana pela otoscopia pneumática ou por presença de otorreia, somada a sinais de que esta efusão esteja inflamada, que se manifesta por otalgia que afete as atividades normais ou o sono ou por hiperemia da membra-

na timpânica, especialmente com a presença de vasos<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

TABELA 1 - REQUISITOS PARA  
O DIAGNÓSTICO DE OMA

#### 1) HISTÓRIA DE INÍCIO AGUDO DE SINAIS E SINTOMAS;

#### 2) PRESENÇA DE EFUSÃO EM OUVIDO MÉDIO, INDICADA POR UM DOS SEGUINTE ITENS:

- Membrana timpânica abaulada
- Diminuição da mobilidade da membrana timpânica
- Otorreia

#### 3) SINAIS E SINTOMAS DE INFLAMAÇÃO DE OUVIDO MÉDIO INDICADA POR:

- Membrana timpânica hiperemiada ou com vasos
- Desconforto / otalgia afetando atividades normais e/ou sono

TABELA 2 - TESTES DIAGNÓSTICOS

**1) OTOSCOPIA PNEUMÁTICA, TAMPANOMETRIA:**

Estes testes ajudam a confirmar a presença de fluido atrás da membrana timpânica e ajudam no diagnóstico de otite média ou efusão em ouvido médio. Apesar de não serem necessários para se fazer o diagnóstico, podem ser úteis se o examinador não tem certeza do diagnóstico.

**2) EXAME AUDIOMÉTRICO:**

Fazer teste audiométrico comportamental em todas as consultas, especialmente se a criança tiver história de OMA. Suspeitas de perda auditiva devem ser encaminhadas para especialista para fazer diagnóstico correto.

Crianças maiores de seis meses diagnosticadas com otite média aguda não devem rotineiramente receber antibióticos como tratamento inicial<sup>1,4,5,6,7</sup>. Os antibióticos devem idealmente ser utilizados nos pacientes com 72 horas de doença que não apresentam melhora. Para ser aplicada esta orientação é absolutamente necessário que o profissional tenha a certeza que os pais irão seguir as demais orientações e retornar para a reavaliação no prazo estipulado.

Pacientes com OMA não devem ser prescritos com descongestionantes ou anti-histamínicos ou mucolíticos ou anti-inflamatórios hormonais ou não hormonais<sup>5,6,7</sup>. Utilizar analgésicos para alívio da dor, como ibuprofeno ou dipirona ou paracetamol, alertando para os riscos dos potenciais efeitos adversos<sup>2,6,7</sup>.

Não se deve utilizar gotas otológicas ou qualquer outra substância em conduto auditivo. A otite média com efusão não deve ser tratada com antibióticos, descongestionantes, anti-histamínicos ou mucolíticos<sup>5,7</sup>. O uso de esteroides sistêmicos ou tópicos não é recomendado no manejo da criança com otite média com efusão<sup>5,7</sup>. A autoinsuflação pode beneficiar algumas crianças com OMA.

Para episódios isolados de OMA sintomática o antibiótico de escolha é a amoxicilina na dose de 50mg/kg/dia, dividido em três doses diárias<sup>1,3,6</sup>. Uma opção para os pais com dificuldade em utilizar três doses é utilizar amoxicilina na dose de 80 a 90mg/kg/dia em duas doses diárias. Esta dose mais alta também pode ser utilizada nos pacientes com alto risco de infecção por pneumococo resistente à penicilina (resistência parcial), a saber, os que utilizaram antibióticos nos últimos três meses, com menos de dois anos de idade e que frequentam creche<sup>1,3,6</sup>.

Tempo de uso: pacientes maiores de dois anos de idade, com OMA não complicada e não frequentadores de creche, devem receber antibióticos por 5 a 7 dias. Pacientes menores de dois anos ou com OMA complicada devem receber por 7 a 10 dias<sup>3,4,6,7</sup>.

Os pacientes devem ser reavaliados em 48 a 72 horas para verificar a eficácia do tratamento, se for usado antibiótico, ou para observar a persistência ou piora dos sintomas, nos que não usarem antibiótico<sup>1</sup>. Em caso de melhora, completar o tratamento. Em caso de não me-

lhora (persistência de febre e dor), iniciar antibiótico, ou, nos que já estiverem com amoxicilina, trocar para sulfametoxazol-trimetoprim. Outra alternativa, se houver a possibilidade de ser infecção causada por hemofilus produtor de betalactamase, é o uso de amoxicilina associada a clavulanato<sup>1,3,4</sup>.

OMA complicada ou recorrente deve ser tratada com axetilcefuroxima (30mg/kg/dia em duas doses), por 7 a 10 dias, podendo-se associar metronidazol, se se pensar na presença de anaeróbios. Uma alternativa para o tratamento de OMA não complicada, para pacientes que não toleram a via oral, é a ceftriaxona intramuscular dose única de 50 a 100mg/kg. O uso de macrolídeos para OMA deve ser evitado. Evitar múltiplos cursos de antibioticoterapia empírica, especialmente de amplo espectro. Antibioticoterapia profilática não é recomendada para OMA<sup>1,3,4</sup>.

O objetivo do presente estudo é avaliar o correto manejo de pacientes pediátricos diagnosticados com otite média aguda, se foram utilizados os critérios diagnósticos referendados pela literatura, utilização correta de antibióticos (indicações, doses, intervalos, associações) e utilização de outros medicamentos que não possuam ação confirmada no tratamento dos casos de otite média.

**CASUÍSTICA**

Foram analisados todos os pacientes atendidos no Centro de Saúde do Instituto Curitiba de Saúde (ICS), com o diagnóstico de otite média aguda, no período de um ano, de junho de 2006 a maio de 2007. Os usuários do Centro de Saúde são dependentes de funcionários da Prefeitura Municipal de Saúde de Curitiba, todos os atendimentos foram realizados por pediatras ou otorrinolaringologistas, que atendem diariamente no Instituto. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos dos pacientes, através do CID 10, com o diagnóstico de otite média aguda, avaliados os critérios diagnósticos descritos no exame físico e a conduta tomada através do receituário gerado.

**RESULTADOS**

De um universo de 11.936 pacientes usuários menores de 13 anos, foram realizadas 29.911 consultas no Centro de Saúde (2,5 consultas por usuário), destas, 11.002 consultas (37% do total de consultas) por infecções respiratórias agudas, incluindo as rinfaringites, tonsilites, otites, sinusites e bronquites, chegamos a um número total de 585 consultas (2% do total de consultas ou 5,3% das consultas por infecções respiratórias) por infecção de ouvido médio. Como o levantamento foi realizado baseado no CID 10, algumas consultas geraram mais de um CID.

A faixa etária predominante foi de até um ano de idade (42% das consultas por otite), com um de-

créscimo com o aumento da idade. Em relação ao lado da ocorrência da otite esta foi bilateral em 23% dos casos, à esquerda em 34% e à direita em 37%.

Na descrição do exame físico observamos a presença somente de efusão em 8,5% dos casos, somente hiperemia em 35% e efusão mais hiperemia em 56,5%.

Nas medidas terapêuticas tivemos que 17% dos pacientes não receberam antibióticos e do restante 83% que usaram antibióticos predominou o uso de amoxicilina em 44,5%, seguido da amoxicilina com clavulanato em 12,5% e sulfametoxazol + trimetoprim em 9%.

Dos pacientes que utilizaram antibióticos 10% foram prescritos antibióticos ineficazes para o tratamento de otite, 20,5% receberam antibióticos por períodos incorretos (geralmente prolongados em excesso), 1% com intervalos incorretos e 1,5% em doses incorretas.

Dos outros medicamentos sem eficácia comprovada no tratamento da otite média destacam-se as gotas otológicas em 10% dos casos, descongestionantes em 7%, mucolíticos em 4%, anti-histamínicos em 4% e anti-inflamatórios não hormonais em 5%.

Em relação aos pacientes considerados corretamente medicados para o tratamento de otite temos um número de 290, ou seja, 49,6% do total.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR IDADE

Idade	Número	%
0	100	17,0
1	148	25,0
2	67	11,5
3	58	10,0
4	55	9,5
5	32	5,5
6	17	3,0
7	29	5,0
8	21	3,5
9	22	4,0
10	17	3,0
11	14	2,0
12	5	1,0

QUADRO 2 – CASOS POR LOCALIZAÇÃO

Localização	Número	%
Esquerda	202	34,0
Direita	218	37,0
Bilateral	131	23,0
Não específico	34	6,0

QUADRO 3 – DIAGNÓSTICO AO EXAME FÍSICO

Exame Físico	Número	%
Efusão	50	8,5
Hiperemia	203	35,0
Efusão-Inflamação	332	56,5

QUADRO 4 – UTILIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Antibióticos	Número	%
Sem antibiótico	99	17,0
Amoxicilina	260	44,5
Amoxicilina + clavulanato	74	12,5
Sulfametoxazol	53	9,0
Cefalosporina I geração	23	4,0
Cefalosporina II geração	38	6,5
Cefalosporina III geração	15	2,5
Ampicilina + sulbactam	7	1,0
Eritromicina	1	-
Claritromicina	1	-
Azitromicina	26	4,5
Penicilina benzatina	1	-

QUADRO 5 – USO INCORRETO DE ANTIBIÓTICOS

Antibióticos Incorretos	Número	%
Ineficazes para otite	50	8,5
Duração incorreta	100	15,0
Intervalos incorretos	5	1,0
Dose incorreta	1	1,0

QUADRO 6 – USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES

Outros Medicamentos	Número	%
Descongestionantes	41	7,0
Mucolíticos	23	4,0
AINH	31	5,0
Corticosteroides	7	1,0
Vitamina	4	1,0
Kaloba / Unkan	2	2,0
Anti-histamínicos	22	4,0
Gotas otológicas	60	10,0
Tudo correto	290	49,6

## DISCUSSÃO

Várias mudanças ocorreram nos últimos tempos em relação ao diagnóstico da otite média aguda e, especialmente, das indicações de tratamento medicamentoso.

Para um diagnóstico correto é necessário termos a presença de efusão em ouvido médio, diagnosticada pela presença de abaulamento ou diminuição da mobilidade da membrana timpânica, e de sinais que esta efusão esteja inflamada, que se confirma pela presença de dor importante para alterar as atividades normais da criança ou por presença de hiperemia e vasos visíveis na membrana à otoscopia direta. Em nosso trabalho podemos observar que esses dois critérios estiveram presentes em 56,5% dos pacientes. Em 35% dos pacientes observava-se somente a presença de hiperemia, que pode ser causada por choro ou febre, não necessaria-

mente por infecção do ouvido médio. Em 8,5% dos casos havia somente a presença de efusão, sem a presença de inflamação, o que caracteriza o diagnóstico de otite média com efusão, que não deve ser tratada com antibióticos<sup>5</sup>.

A grande maioria dos pacientes foi tratada com amoxicilina (44,5%), que é o antibiótico preconizado pela literatura<sup>1,3,6</sup>. Importante ressaltar que 17% dos pacientes não receberam antibiótico, o que demonstra uma mudança positiva na abordagem da otite, permitindo-se que muitos pacientes aguardem a evolução da doença para um diagnóstico mais correto e tratamento mais adequado, com menor utilização de antibióticos desnecessários.

Em relação à utilização incorreta de antibióticos esta foi muito pequena, com um número muito pequeno de utilização de doses incorretas (1%) e de intervalos incorretos entre as doses (1%). Em número um pouco maior observou-se a utilização de antibióticos ineficazes para a otite média (8,5%) e com duração da terapia incorreta (15%), na maioria das vezes excedendo os dias necessários de tratamento.

Muito utilizados há alguns anos, os outros medicamentos que não demonstram eficácia no tratamento da

otite média aparecem com uma utilização não tão significativa. O uso de descongestionantes (7%), mucolíticos (4%), anti-inflamatórios (5%) e anti-histamínicos (4%) são os que se destacam neste grupo. A utilização de gotas otológicas em 10% dos pacientes, apesar de não serem contraindicadas, acabam por ser um medicamento desnecessário nas otites com membrana íntegra, além de atrapalharem na otoscopia.

Finalmente, encontramos que o diagnóstico correto de otite média e o tratamento adequado foram observados em praticamente metade dos pacientes (49,6%) cadastrados com o diagnóstico de otite média aguda nas crianças do ICS.

## CONCLUSÃO

Em metade dos casos diagnosticados como otite média aguda, o diagnóstico e o tratamento foram considerados corretos.

---

Pascolat G. Acute Otitis In Children - Evaluation Of Diagnoses And Of Conduct. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):7-10.

**ABSTRACT** - The acute otitis media is a disease of high prevalence in the offices of pediatrics. For a correct diagnosis is necessary to observe secretion in the presence of middle ear and that this secretion is inflamed. Treatment may be only for observation or use of specific antibiotics. Other drugs have no proven effectiveness.

We reviewed all children treated at Curitiba Institute of Health, in a period of one year, diagnosed with acute otitis media, through electronic medical records.

Of a total of 585 diagnoses of acute otitis media consider as correct diagnosis and therapy 290 cases (49.6%). Most of the incorrect diagnosis was only in the presence of hyperemia without effusion (35%). Inappropriate treatment by 15% the length of antibiotic was incorrect and 8.5% were used antibiotics ineffective in the treatment of ear infections.

In half the cases diagnosed as acute otitis media, diagnosis and treatment were correct.

**KEYWORDS** - Acute Otitis Media. Diagnosis. Treatment.

---

## REFERÊNCIAS

- BONIN E, BRAMMER S, BREHOVE T, HALE A, HINES L, KLINE S, KOPYDLOWSKI MA, MISGEN M, OBIAS ME, OLIVET J, O'SULLIVAN A, POST P, RABINER M, RELLER C, SCHULZ B, SHERMAN P, STREHLOW AJ, YUNGMAN J. Adapting your practice: treatment and recommendations for homeless children with otitis media. Nashville (TN): Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council, Inc.;2003.
  - CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER. Evidence base clinical practice guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004 Oct.
  - GARBUTT J, JEFFE DB, SHACKELFORD P. Diagnosis and treatment of acute otitis media: an assessment. Pediatrics 2003;112:143-149
  - PELTON SI. Otitis media: re-evaluation of diagnosis and treatment in the era of antimicrobial resistance, pneumococcal conjugate vaccine and evolving morbidity. Pediatr Clin N Am 2005;52:711-728
  - PLASSCHAERT AIO, ROVERS MM, SHILDER AGM, VERHEIJ TJM, HAK E. Trends in doctor consultations, antibiotic prescription, and specialist referrals for otitis media in children: 1995-2003. Pediatrics 2006;117:1879-1886
  - SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Feb.
  - UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM. Otitis media. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2002 May.
  - WEBER SM, GRUNDFAST KM. Modern management of acute otitis media. Pediatr Clin N Am 2003;50:399-411
-