

Protocolo Clínico e de Regulação para Otites 81

Rafael Pinz
Miguel Angelo Hyppolito

INTRODUÇÃO

As otites são responsáveis por grande número de consultas na atenção básica e representam 33% das prescrições de antibióticos nesse nível de atenção à saúde. O uso indiscriminado e pouco criterioso de antibióticos para infecções das vias aéreas superiores é uma das principais causas do aparecimento de cepas bacterianas resistentes.

Os objetivos gerais deste protocolo são capacitar as equipes da atenção básica para o reconhecimento das urgências relacionadas com as otites e promover a prescrição racional de antibióticos.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Algumas definições são importantes para abordagem clínica das otites, devendo-se definir o local da doença: na orelha externa, orelha média ou em ambas. Deve ser definida a necessidade do uso de antibióticos, qual via deve ser adotada (tópica auricular ou sistêmica), reconhecer sintomas e sinais de complicações decorrentes das otites e qual a forma de regulação desse paciente para o atendimento hospitalar.

Dessa forma, alguns conceitos são importantes, como a seguir.

Otite Externa Aguda (OEA)

Infecção bacteriana e/ou fúngica de parte ou totalidade da orelha externa. As principais bactérias responsáveis são *S. aureus* e *P. aeruginosa*. Em geral,

a infecção está limitada ao conduto auditivo externo, mas pode se estender ao pavilhão auricular e à região periauricular. O principal sintoma é a otalgia intensa. Febre é pouco frequente. O tratamento se baseia no controle da dor e no uso de antibióticos tópicos (gotas).

Otite Média Aguda (OMA)

Infecção bacteriana da orelha média (membrana timpânica e fenda auditiva). As principais bactérias responsáveis são *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *M. catarrhalis*. Os principais sintomas são otalgia, otorreia, hipoacusia e febre. O tratamento se baseia no controle da dor e uso de antibióticos sistêmicos.

Otite Média Aguda Supurada (OMAS)

Forma da OMA que cursa com perfuração (geralmente pequena) da membrana timpânica e saída de secreção purulenta através dela. As perfurações dessa natureza, na vigência de uma OMA, não caracterizam otite média crônica (OMC). O tratamento é idêntico ao da forma convencional de OMA.

Otite Média Aguda Recidivada

Episódio de OMA que reaparece dentro do período de quatro semanas após o término do seu tratamento. A falha terapêutica, em geral, está associada a cepas bacterianas resistentes à amoxicilina (pneumococo) ou produtoras de betalactamase (*H. influenzae* e *M. catarrhalis*).

Otite Média Aguda de Repetição (OMAR)

Incidência de quatro episódios de OMA em um ano ou três episódios em seis meses. As principais causas da OMAR são imunodeficiências, refluxo gastroesofágico, hipertrofia da adenoide e malformações craniofaciais. Deve ser encaminhada ao otorrinolaringologista.

Otite Média com Efusão (OME)

Presença de inflamação e secreção na orelha média, na ausência de infecção bacteriana. Essa é uma condição muito frequente, sobretudo na vigência de infecções virais como o resfriado comum e a gripe (“otite média aguda viral”). O diagnóstico diferencial entre OMA e OME leva em conta alguns critérios que serão explicados adiante. Não há indicação do uso de antibióticos, mucolíticos, anti-histamínicos ou corticosteroides, uma vez que tais práticas não

contribuem para o desaparecimento da efusão da orelha média. Em cerca de 90% dos pacientes a condição se resolve espontaneamente em três meses. Nos casos em que há persistência de efusão na orelha média, o paciente deve ser encaminhado ao otorrinolaringologista.

Otite Média Crônica (OMC)

Infecção da orelha média com duração superior a 12 semanas e com presença de perfuração da membrana timpânica. Os pacientes devem ser encaminhados ao otorrinolaringologista.

CENÁRIOS DE APRESENTAÇÃO DAS OTITES

Cenário I – Otite Externa e/ou Média Complicada

São sintomas e sinais de urgência na otite externa complicada:

- edema acentuado do conduto auditivo externo, impedindo completamente a visualização da membrana timpânica;
- presença de abscesso no conduto auditivo externo (otite externa furunculosa);
- edema, hiperemia e/ou abaulamento do pavilhão auricular (pericondrite);
- otite externa refratária ao tratamento clínico em pacientes com diabetes *mellitus* descompensado.

A otite externa complicada deve ser encaminhada com urgência ao atendimento em hospital terciário. O médico da atenção básica deve tomar as seguintes medidas antes do encaminhamento:

- acesso venoso periférico;
- com o objetivo de facilitar o manuseio e o curativo otológico a ser efetuado pelo médico otorrinolaringologista, o controle da dor é fundamental:
 - dipirona, 1 ampola endovenosa (EV).
 - diclofenaco, 1 ampola intramuscular (IM).
 - tramadol, 1 ampola EV.
- efetuar o controle glicêmico na Unidade Básica de Saúde (UBS).

São sintomas e sinais de emergência ou urgência na otite média aguda:

- mastoidite/abscesso subperiosteal: abaulamento, hiperemia e dor intensa na região mastóidea, com ou sem fistula mastoidecutânea;
- labirintite bacteriana: tontura, vertigem, desequilíbrio e nistagmo (em geral, com a fase rápida para o lado comprometido pela OMA);
- paralisia facial: diminuição da mobilidade da hemiface correspondente ao lado acometido pela OMA. Podem ocorrer também espasmos musculares da face e lacrimejamento (pela exposição ocular);
- meningite: febre elevada, cefaleia e sinais meníngeos;

- abscessos cerebrais: complicação bastante rara da OMA. Manifestam-se com a presença de déficits neurológicos, alteração no estado de consciência, crises convulsivas, febre elevada e mal-estar.

Em caso de OMA complicada, o médico da atenção básica deve tomar as seguintes medidas para seu encaminhamento:

- A) acesso venoso periférico;
- B) prescrever jejum;
- C) controle da dor:
 - dipirona
 - diclofenaco;
- D) controle da inflamação:
 - corticoterapia: 1 mg/kg de prednisona ou prednisolona (até 60 mg) ou dose equivalente de hidrocortisona;
- E) iniciar a antibioticoterapia por esquema empírico:
 - ceftriaxona, 50 mg/kg (até 1 g), imediatamente;
- F) Encaminhamento ao hospital terciário via Central de Regulação Médica/192 ou Unidade de Suporte Avançado.

Os pacientes devem ser encaminhados, em regime de urgência, ao hospital de alta complexidade e as medidas realizadas na unidade básica, descritas detalhadamente na guia de referência.

Cenário II: Otite Média Aguda Não Complicada

O paciente apresenta-se com quadro de otalgia intensa, febre alta e persistente e, nos casos de supuração, otorreia. Pelo abaulamento timpânico em decorrência da secreção presente na orelha média, o paciente tem a sensação de plenitude auricular ou perda da audição.

Ao exame de otoscopia a membrana timpânica apresenta intensa hiperemia, abaulamento, nível líquido e perfuração com otorreia nos casos de OMA supurada.

TRATAMENTO DA OMA: ESQUEMA A

Para os episódios de OMA que ainda não foram tratados, as recomendações são as seguintes:

- A) higiene nasal:
 - solução fisiológica a 0,9%: 1 conta-gotas em cada fossa nasal 8×/dia;
- B) controle da dor:
 - dipirona, paracetamol e/ou ibuprofeno nas doses habituais;
 - medicações anestésicas tópicas (gotas otológicas) *não* têm eficácia para o controle da dor na OMA e não devem ser prescritas para esse fim;
- C) antibioticoterapia:
 - amoxicilina, na dose de 50 mg/kg/dia (dose máxima 1,5 g/dia), 8/8 h, por 10 dias;

- para os pacientes alérgicos a betalactâmicos as opções são:
 - eritromicina 50 mg/kg/dia, 6/6 h, 10 dias;
 - azitromicina, 10 mg/kg/dia no primeiro dia e 5 mg/kg/dia nos 4 dias subsequentes, doses únicas diárias;
 - claritromicina, 15 mg/kg/dia, 12/12 h, por 10 dias;
 - sulfametoxazol-trimetoprima, 6-10 mg/kg/dia, 12/12 h, 10 dias;
- D) Orientações a serem dadas pela equipe de enfermagem:
- não coloque qualquer tipo de substância na orelha do paciente que não tenha sido prescrita pelo médico;
 - evite molhar na orelha do paciente, especialmente durante o banho;
 - o desaparecimento da febre pode demorar até 48 h após o início do tratamento adequado;
 - mesmo após o desaparecimento dos principais sintomas, o antibiótico deve ser tomado conforme a prescrição médica;
 - para crianças, orientar a mãe a não dar mamadeira na posição deitada;
 - os pais ou responsáveis devem ser orientados a suspender o tabagismo no interior da residência do paciente.

TRATAMENTO DA OMA: ESQUEMA B

Para os pacientes que apresentam OMA refratária ou que fizeram uso recente dos antibióticos de primeira escolha, as diretrizes de tratamento são as seguintes:

A) higiene nasal;

B) controle da dor;

C) antibioticoterapia:

- amoxicilina 90 mg/kg/dia, por 10 dias;
 - amoxicilina/clavulanato 50 mg/kg/dia, por 10 dias;
 - ceftriaxona 50 mg/kg/dia, via IM ou EV, por 3 dias;
- Para pacientes alérgicos aos betalactâmicos as opções são:
- cefuroxima, 30 mg/kg/dia, 12/12 h, por 10 dias (reação alérgica do tipo não anafilática aos betalactâmicos);
 - ceftriaxona 50 mg/kg/dia, via IM ou EV, por 3 dias (reação alérgica do tipo não anafilática aos betalactâmicos);
 - clindamicina, 30-40 mg/kg/dia, 8/8 h, por 10 dias.

SEQUELAS APÓS EPISÓDIO DE OMA

Após um episódio de OMA, as sequelas, sejam anatômicas ou funcionais, são frequentes. Por este motivo, a reavaliação do paciente após o término do tratamento é fundamental. O médico da atenção básica deve avaliar a presença dos seguintes sinais e sintomas:

- perda auditiva: queixa do próprio paciente, familiar ou professor, aumento do volume da TV, piora do desempenho escolar;

- presença de efusão em orelha média (OME) após 90 dias da resolução do episódio de OMA;
- presença de perfuração da membrana timpânica.

Na presença de sequelas após o episódio de OMA, o paciente deve ser encaminhado para ambulatório especializado com otorrinolaringologista por meio do Complexo Regulador.

No encaminhamento, o médico da atenção básica deve especificar os seguintes dados da história do paciente:

- orelha tratada (direita ou esquerda);
- antibiótico, dosagem e tempo de tratamento;
- data do início e do término do tratamento.

Cenário III: Otite Externa Aguda (OEA) Não Complicada

O principal sintoma da OEA é a otalgia. Pode ser acompanhada de otorreia, otorragia e febre (em geral, baixa). Hipoacusia pode aparecer quando existe um edema moderado ou acentuado do conduto auditivo externo.

Ao exame, os principais sinais são:

- dor à manipulação do pavilhão auricular;
- dor à pressão do tragus;
- hiperemia do conduto auditivo externo (CAE);
- edema do CAE;
- Otorreia (mais descamativa do que purulenta);
- a membrana timpânica, em geral, tem aspecto normal. Pode apresentar descamações superficiais e discreta hiperemia (resultado da infecção da sua camada epidérmica).

Atenção especial deve ser dada aos pacientes diabéticos devido ao risco de complicação da OEA (otite externa maligna).

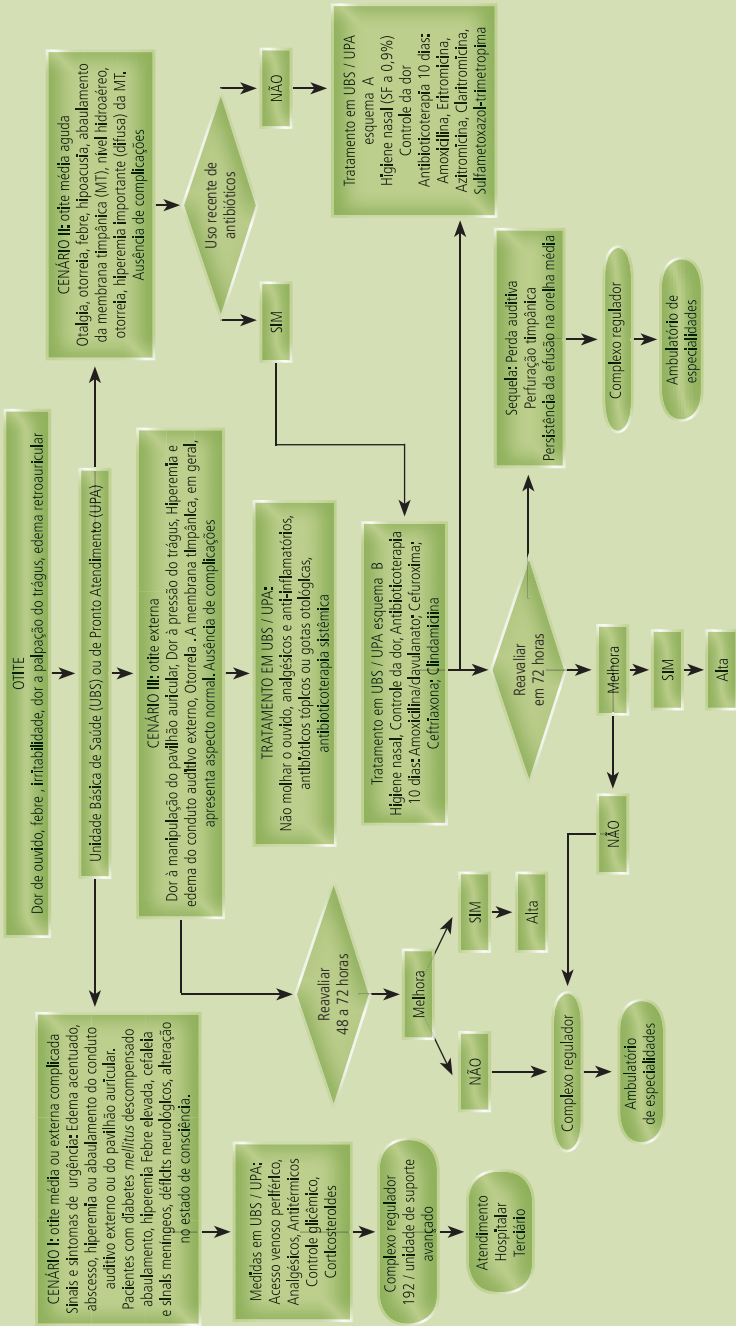
TRATAMENTO DA OEA

Medidas gerais para todos os casos:

- não molhar a orelha por um período de 15 dias (banho, piscina);
- prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios (hormonais ou não hormonais) para o controle da dor.

Antibioticoterapia:

- antibióticos tópicos ou gotas otológicas (neomixina, polimixina B, cloranfenicol, ciprofloxacina). A escolha do medicamento depende da presença de perfuração prévia da membrana timpânica (OMC);
- ausência de perfuração da MT: qualquer uma das drogas é adequada. Devem ser prescritas 3 gotas, de 8/8 h, por 1 semana;
- presença de perfuração da MT: pelo risco de ototoxicidade induzida por aminoglicosídeos, apenas o cloranfenicol e a ciprofloxacina devem ser prescritos nesse caso;



Fluxograma 81-1 Manejo clínico e regulatório das otites média e externa agudas e suas complicações a partir da atenção básica.

- antibioticoterapia sistêmica: cefalexina 500 mg, 6/6 h, 7 dias, nos seguintes casos:
 - presença de febre;
 - edema acentuado do conduto auditivo externo, impedindo a visualização da membrana timpânica;
 - edema periauricular.

RESOLUÇÃO DA OEA

Para que um episódio de OEA seja considerado resolvido é necessário que ocorra:

- desaparecimento dos sintomas e sinais da OEA;
- ausência de queixas auditivas.

Caso não haja melhora após o tratamento, o paciente deve ser encaminhado para o serviço de otorrinolaringologia em regime de urgência.

BIBLIOGRAFIA

- Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD. Bailey head and neck surgery – otolaryngology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Benninger, M. Guidelines on the treatment of ABRS in adults. *Int J Clin Pract.* 2007;1(5):873-6.
- Campos CH, Oliveira JAA, Endo L, Bento R, Pignatari S, Weckx LLM. Consenso sobre otite média. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 1999;65 Supl 8:14-7.
- Flint PW. Cummings otolaryngology: head and neck surgery. 5th ed. St Louis: Mosby; 2010.
- Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Revisão do Consenso sobre otites médias. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;68 Supl 3:2-14.
- Treating infections in primary care: clinical guidelines. Malmö: STRAMA - South West Skåne; 2000.
- Wald ER. Diagnostic considerations. *Pediatr Infect Dis.* 1985;4:S61-3.