

Recomendações sobre a terapêutica inicial da otite média aguda

LUIS LEMOS, BILHOTA XAVIER,
SECÇÃO DE INFECCIOLOGIA PEDIÁTRICA DA SPP

Otite média aguda (uso criterioso de antibióticos)

As otites médias agudas (OMA) consomem, nos países desenvolvidos, uma elevada percentagem dos antibióticos prescritos no ambulatório. O uso e abuso da utilização dos antibióticos levou ao aparecimento progressivo de resistências bacterianas, pelo que estes factores pesam actualmente na orientação terapêutica.

Sendo uma situação clínica frequente nos primeiros anos de vida, tem origem infecciosa diversificada: viral, bacteriana (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) ou mista.

Sabe-se também que 80-90% das OMA evoluem espontaneamente de modo favorável e num curto espaço de tempo. O *Streptococcus pneumoniae* é o germe em que se constata uma menor probabilidade de erradicação espontânea do ouvido médio.

É provável, como foi documentado noutros países, que o diagnóstico de OMA seja também muito sobrevalorizado entre nós.

O diagnóstico de OMA nem sempre é fácil, por múltiplas razões: não colaboração no exame, obstrução do canal auditivo com cerumen, pouca experiência do observador, otoscópios deficientes... ou ausentes!

Por outro lado o achado aciden-

tal de líquido no ouvido médio, situação muitas vezes presente durante algumas semanas, na evolução de uma OMA mesmo tratada, tem levado à prescrição injustificada de antibióticos.

Em países desenvolvidos, sendo as crianças bem nutridas e saudáveis, as complicações graves das OMA não tratadas com antibióticos não são frequentes e respondem bem à terapêutica instituída.

A atitude mais equilibrada em relação à OMA deverá consistir em:

- Melhorar a qualidade do diagnóstico – fazer otoscopia sistemática e considerar OMA se tímpano difusamente congestionado ou distendido e otalgia e/ou otorreia com origem em infecção aguda do ouvido médio.

- Não prescrição sistemática de antibióticos na fase inicial, sempre que possível.

- Se opção pela medicação antibiótica, há actualmente suficiente experiência no sentido da utilização com eficácia de terapêuticas de curta duração. A Amoxicilina é, de modo muito consensual, o fármaco de primeira linha.

Alguns estudos publicados, mas controversos, pretendem que nalgumas situações particulares (otorreia no decurso da actual OMA ou antecedentes de OMA frequentes) seja feito um tratamento antibiótico

com a duração clássica de 8-10 dias. Outros estudos recomendam que em crianças com menos de 2 anos de idade seja utilizado o mesmo procedimento, mas estas orientações são rebatidas por outros trabalhos muito recentes.

Em resumo, a orientação de um caso de OMA, numa criança habitualmente saudável e não submetida a tratamento antibiótico nos trinta dias anteriores, poderá esquematizar-se assim:

1. Não prescrição inicial de antibióticos

Esta decisão implica que haja uma clara explicação dos fundamentos da decisão e uma boa confiança recíproca entre o médico de família/assistente e a família da criança e que estejam reunidas condições que permitam nas 24-72h seguintes uma vigilância, com eventual controlo clínico do doente.

Procurar fazer uma terapêutica eficaz para a dor/febre com Paracetamol: 15-20 mg/kg, 6-6h ou 4-4h, se necessário, sobretudo no primeiro dia.

Se a evolução for desfavorável nos 2-3 dias seguintes – persistência da febre, otalgia/irritabilidade, aspecto timpânico – ponderar o início de antibiótico.

2. Prescrição inicial de antibióticos

Nestes casos, que compreendem nas nossas condições de trabalho, provavelmente, uma boa parte das OMA diagnosticadas em S.A.P. (ou equivalentes) e Serviços de Urgência hospitalares, iniciar terapêutica com Amoxicilina 50 mg/kg/24h, 12-12h ou 8-8 h, durante 5 dias.

Nos outros casos e naqueles em que, sem antibiótico ou com Amoxicilina na dose habitual, apresentem persistência ou agravamento dos

sintomas nas 48 - 72 h seguintes:

a) crianças com < 2 anos:

Amoxicilina + Ac. clavulânico (rel. 7:1): 80-90 mg/kg/24 h, durante 5-7 dias.

b) crianças com > 2 anos

Amoxicilina 80-90 mg/kg/24 h, 5-7 dias.

Nota: nas crianças alérgicas à Penicilina com < 6 meses: Eritromicina 50 mg/Kg/24 h, 8-8 h, durante 7-10 dias (administrar simultaneamente com alimentos). Se > 6 meses: pode-se utilizar a Azitromicina 10 mg/Kg/24 h (1 toma diária), durante 3 dias.

Referências Bibliográficas

- Chomaitree T. Viral and bacterial interaction in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S 24-36.
- Hirschman J V. Methods for decreasing antibiotic use in otitis media. *Lancet* 1998;352:672.
- Barnett E D, Klein J. The problem of resistant bacteria for the management of acute otitis media. *Ped Clin N Amer* 1995;42:509-17.
- Damoiseaux R A M J, M van Balen F A, Hoes A W et al. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320:350-54.
- Majeed A, Harris T. Acute otitis media in children (Editorial) *BMJ* 1997;315: 321-22.
- Froom J, Culpepper L, Jacobs M et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ* 1997;315:98-102.
- Froom J, Culpepper L. Routine antimicrobial treatment of acute otitis media. Is it necessary? *JAMA* 1997;278:1643-45.
- Cohen R, Levy C, Boucherat M et al. A multicenter, randomized, double blind trial of 5 versus 10 days of antibiotic therapy for acute otitis media in young children. *J Pediatrics* 1998;133:634-39.
- Laurin L, Prellner K, Kamme C. Phenoxymethylpenicillin and therapeutic failure in acute otitis media. *Scand J Infect Dis* 1985; 17:367-70.
- Jacobs M R. Increasing antibiotic resistance among otitis media pathogens and their susceptibility to oral agents based on pharmacodynamic parameters. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S 47-56.
- McCracken H G. Prescribing antimicrobial agents for treatment of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18: 1141-46.
- Roark R, Berman S. Continuous twice daily or one daily prophylaxis compared with placebo for children with recurrent acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:376-81.
- Dagan R, Leibowitz E, Leiberman A, Yagupsky P. Clinical significance of antibiotic resistance in acute otitis media and implication of antibiotic treatment on carriage and spread of resistant organisms. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:S 57-65.
- Del Mar C B, Glasziou P P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997;314:1526-29.
- Van Buchem FL, Peeters M F, Vant't Hof M A. Acute otitis media: a new treatment strategy. *BMJ* 1985;290:1033-37.
- Pichichero E M, Cohen R. Shortened course of antibiotic therapy for acute otitis media, sinusitis and tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16:680-95.
- Neto A S, Sousa E N, Carvalho C et al. Bacterial prevalence in nasopharyngeal isolate from portuguese children. Abstract book. 17th annual meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases, Greece, 1999.
- Little P, Guold C, Williamson I et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336-342.

Recebido em 20/12/2001

Aceite para publicação em 10/01/2002