

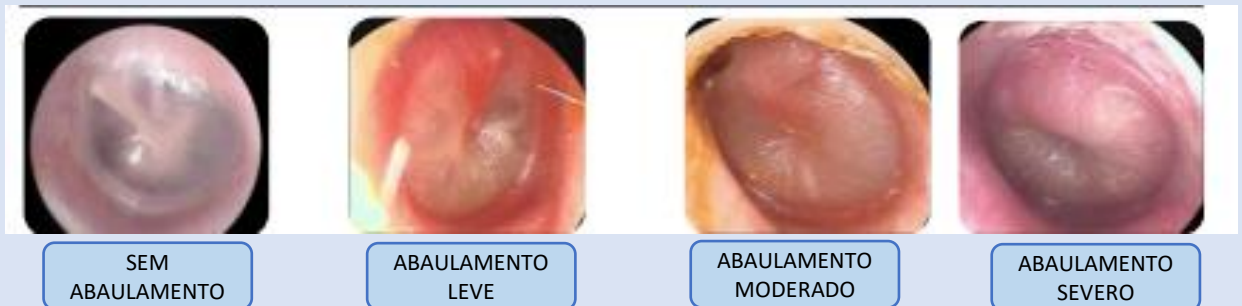


A otite média aguda (OMA) é caracterizada pela instalação rápida de sinais e sintomas inflamatórios da orelha média, é mais prevalente em meninos e tem pico de incidência entre 6 e 24 meses de idade. Os principais agentes etiológicos são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus* do grupo A e *Staphylococcus aureus*.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

O DIAGNÓSTICO DE OMA INCLUI PRESENÇA DE EFUSÃO EM ORELHA MÉDIA (**HIPEREMIA ISOLADA NÃO É DIAGNÓSTICO**)



Segundo a Academia Americana de Pediatria o diagnóstico é clínico, sendo necessário ao menos um dos seguintes critérios:

- Abaulamento moderado ou severo de Membrana timpânica (MT); ou
- Presença de otorréia de início recente não atribuível a otite externa; ou
- Abaulamento leve de MT e mais:
 - Início recente (<48hs) de otalgia (em bebês podem apresentar manipulação excessiva da orelha); ou
 - Hiperemia importante de MT

Indicação de exames complementares:

Apenas se suspeita de complicações como mastoidite (TC de mastoide), meningite (LCR), abscesso cerebral (TC ou RM de crânio), labirintite, paralisia facial, trombose.

Epidemiologia Principais agentes e suas frequências na OMA:

- **Streptococcus pneumoniae:** ~40%
- **Haemophilus influenzae:** ~25-30% (frequentemente produtor de beta-lactamase).
- **Moraxella catarrhalis:** ~10-15% (alta produção de beta-lactamase).
- **Vírus respiratórios:** associados a cerca de 20% dos casos isoladamente ou em coinfeção bacteriana.

Perfis de Resistência do pneumococo

A vigilância brasileira identificou mudanças importantes na epidemiologia do pneumococo após ampla cobertura vacinal

Penicilina: Cerca de 20% apresentam resistência intermediária, indicando necessidade de dose elevada de amoxicilina.

- **Macrolídeos:** Resistência em aproximadamente 40% das cepas.
- **Cefalosporinas (3ª geração):** Resistência baixa (<5%).

2. TRATAMENTO

TRATAMENTO OMA

	SINAIS DE GRAVIDADE	OTORRÉIA	SINTOMAS LEVES BILATERAL	SINTOMAS LEVES UNILATERAL
< 6 meses	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO
Entre 6 meses e 2 anos	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO	OBSERVAR POR 48H* OU ANTIBIÓTICO
> 2 anos	ANTIBIÓTICO	ANTIBIÓTICO	OBSERVAR POR 48H* OU ANTIBIÓTICO	OBSERVAR POR 48H* OU ANTIBIÓTICO

* GARANTIR SEGUIMENTO



Sinais de Gravidade

- Otalgia intensa (sem melhora com analgésicos simples)
- Otalgia persistente (>48 horas)
- Febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- Otorreia recente (indicando possível ruptura da membrana timpânica)
- Toxemia ou prostração significativa

Tratamento Preferencial

Primeira linha: Amoxicilina em dose alta (80-90 mg/kg/dia, dividida em 2 doses diárias).

Alternativas:

Amoxicilina + Clavulanato: casos refratários, uso recente de amoxicilina (<30 dias), ou conjuntivite associada (H. influenza)

Ceftriaxona: resistência ou dificuldade oral.

Para alérgicos à penicilina:

Não grave: Cefalosporinas (nas de segunda ou terceira geração (Cefuroxima, Cefdinir).

Alergia grave (anafilaxia): Azitromicina (considerar resistência local elevada).

TEMPO DE TRATAMENTO DE VIA ORAL

Faixa etária	Gravidade	Duração recomendada
<2 anos	Qualquer gravidade	10 dias
> 2 anos	Leve a moderada	7 dias
Qualquer idade	Grave	10 dias

3. MANEJO DA DOR

O manejo da dor é essencial e deve ser priorizado independentemente da decisão sobre antibióticos, no casos em que observamos por 48h, é a medida instituída.

- Analgésicos: Dipirona, Ibuprofeno ou Paracetamol.
- Evitar gotas tópicas na suspeita de perfuração timpânica.
- Recomendar medidas de conforto (compressas mornas, posição elevada)

Manejo de Falha Terapêutica

Avaliação clínica após 48-72 horas é obrigatória.

Na ausência de melhora:

- Trocar para Amoxicilina + Clavulanato.
- Considerar Ceftriaxona intramuscular por 3 dias.
- Avaliar necessidade de timpanocentese em casos recorrentes ou resistentes.

Considerar Avaliação do Otorrino (se disponível no serviço)

- Urgência:** Suspeita de complicações (mastoidite, abscesso intracraniano, paralisia facial).
- Falha terapêutica repetida, especialmente após tratamento adequado com antibióticos.

Encaminhamento Ambulatorial:

- OMA recorrente: ≥ 3 episódios em 6 meses ou ≥ 4 episódios em 1 ano (com pelo menos um episódio recente) Persistência de efusão por mais de 3 meses após episódio agudo.

4. MANEJO DA OMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Paciente com otalgia, febre, irritabilidade ou outro sintoma sugestivo de OMA

Quando Acionar Retaguarda Otorrino? (se disponível)
 Impossibilidade / dificuldade na otoscopia devido a cerume impactado
 Suspeita de complicações

Não

Otoscopia sugestiva de OMA ?

Alta com analgesia, orientações, seguimento

Sim

Sinais de gravidade

- Otalgia intensa (sem melhora com analgésicos simples)
- Otalgia persistente (>48 horas)
- Febre $\geq 39^{\circ}C$
- Otorreia recente (indicando possível ruptura da membrana timpânica)
- Toxemia ou prostração significativa

Com sinais de gravidade

Avaliar sinais de gravidade

Sem sinais de gravidade

TRATAMENTO ANTIMICROBIANO

1° opção: Amoxicilina 80 -90 mg/kg/dia, via oral em 2 doses
 2° opção*: Amoxicilina + Clavulanato 80 -90 mg/kg/dia, via oral em 2 doses

Alergia a penicilina (não anafilática, não IgE-mediada) : Cefuroxima 30 mg/kg/dia

Alergia a penicilina (aNaafilaxia, urticária, angiodema IgE- mediada):
 *Azitromicina 10 mg/kg/dia no primeiro dia e 5 mg/kg/dia nos próximos 4 dias

PRESCREVER ANALGESIA

< 6 meses

6 meses a 2 anos

BILATERAL

UNILATERAL

2 anos

Sem melhora após conduta conservadora

Prescrever analgesia
 Decisão compartilhada com a família:
 1. Observação por 48-72h, com seguimento (médico titular ou reavaliação)
 2. Tratamento antimicrobiano

Não aceitou medicação via oral ausência de melhora ou piora após 48-72 h de tratamento

Caso terapia inicial com amoxicilina : considerar amoxi-clav / axetilcefuroxima Ou Ceftriaxone 50 mg/kg/dia ev ou im 3 dias

- **Indicações para o uso de amoxicilina+clavulanato:** uso de antibiótico beta-lactâmico nos últimos 30 dias, conjuntivite purulenta associada, OMA recorrente sem resposta ao uso de amoxicilina.
- **Crítérios de internação hospitalar:** sinais de complicações como mastoidite, meningite e abscesso cerebral

TEMPO DE TRATAMENTO VIA ORAL

- < 2 ANOS OU SINAIS DE GRAVIDADE = 10 DIAS
- > 2 ANOS SEM SINAIS DE GRAVIDADE = 7 DIAS

5. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

ANTIMICROBIANO	DOSE	DOSE MÁXIMA	COMENTÁRIO
Amoxicilina	80 - 90 mg/kg/dia, via oral, em 2 doses	4g /dia	Terapia Inicial, cobertura para pneumoco com resistência intermediária
Amoxicilina + clavulanato	80 - 90 mg/kg/dia, via oral, em 2 doses	4g /dia (Amoxicilina)	Casos refratários, uso recente de amoxicilina (< 30 dia), ou conjuntivite associada (H. influenza)
Axetilcefuroxima (Cefalosporina de 2ª geração)	30 mg/kg/dia, via oral, em 2 doses	1g /dia	Alternativa para crianças com reações leves não mediadas por IgE às penicilinas (ou seja, sem anafilaxia, broncoespasmo ou angioedema)
Ceftriaxone (Cefalosporina de 3ª geração)	50 mg/kg/dia, EV ou IM – 3 dias	1 g/dia	Falha de tratamento ou dificuldade para aceitação via oral
Cefdinir (Cefalosporina de 3ª geração)	14 mg/kg/dia, via oral, em 1 ou 2 doses	600 mg/dia	Alternativa para crianças com reações leves não mediadas por IgE às penicilinas (ou seja, sem anafilaxia, broncoespasmo ou angioedema)
Azitromicina	10 mg/kg, via oral, 1x ao dia no D1, após 5 mg/kg 1x ao dia D2 a D5	500 mg/dia – D1 250 mg/dia – D2 a D5	Última opção devido à alta taxa de resistência do pneumoco. Apenas em casos de alergia grave com anafilaxia a beta-lactâmicos incluindo cefalosporina. Não deve ser utilizada em caso de refratariedade

6. TERAPIA ANTIMICROBIANA

Critérios para internação

Presença de complicações como mastoidite, meningite e abscesso cerebral.

Critérios para internação em UTI

Sepse, instabilidade hemodinâmica.

Critérios de alta: Ausência de complicações

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Terapia antimicrobiana de acordo com protocolo
- Não prescrição de outras terapias para OMA com uso de anti-histamínicos, corticoides, descongestionantes e antibióticos tópicos.

III. GLOSSÁRIO

TC: tomografia computadorizada

LCR: líquido cefalorraquidiano

RM: ressonância magnética

UTI: unidade de terapia intensiva

EV: Endovenoso

IM: Intramuscular

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Na revisão da diretriz anterior de 2022 para a versão atual (2025), destacam-se as seguintes atualizações: definição clara da duração do tratamento (7 dias para casos leves/moderados acima de 2 anos, 10 dias para casos graves ou crianças menores de 2 anos), especificação da dose alta de amoxicilina (80-90 mg/kg/dia), refinamento das indicações para associação com clavulanato, e ajustes das recomendações sobre cefalosporinas e azitromicina em casos de alergia à penicilina, considerando a resistência bacteriana local. Atualizado fluxograma e incluída tabela com terapia antimicrobiana

V. Referências Bibliográficas

- [1] American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2023;151(3):e2023064689.
- [2] Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Informe Regional SIREVA II: Vigilância por laboratório do Streptococcus pneumoniae. Brasília: Ministério da Saúde; 2022-2023.
- [3] Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Otite Média Aguda: Protocolos Clínicos Atualizados. São Paulo: SBP; 2023.
- [4] Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório Anual de Resistência Antimicrobiana e Consumo de Antimicrobianos no Brasil. Brasília: ANVISA; 2023.
- [5] Instituto Adolfo Lutz. Boletim Epidemiológico sobre Resistência Antimicrobiana: Vigilância de Patógenos Respiratórios. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2023.
- [6] Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013;131(3):e964-99.
- [7] Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(2):CD000219.

Código Documento: CPTW178.4	Elaborador: Rafael Giannasi Danielle Nemer	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 27/01/2022 Data de revisão: 06/08/2025	Data de Aprovação:; 12/08/2025
---------------------------------------	---	--	---	---	--