

# *Otite Média com Efusão: Nossa (USA) Prática Nacional*

*Rachel E. Roditi, Richard M. Rosenfeld e Jennifer J. Shin*

Recentemente, avaliamos os padrões de prática clínica norte-americanos relacionados à otite média com efusão (OME) e às recomendações das diretrizes multidisciplinares publicadas pela *American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation* (AAO-HNSF) <sup>1,2</sup>, e pelas recomendações das AAO-HNSF em conjunto com a Academia Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics* - AAP).<sup>3</sup> **A diretriz mais recente (2016) da AAO-HNSF recomendada contra o uso de anti-histamínicos, antibióticos, esteroides orais e esteroides intranasais no tratamento da OME**, enquanto o documento anterior da AAO-HNSF publicado em conjunto com a AAP (2004) também recomenda contra todos esses medicamentos, com exceção dos esteroides intranasais.<sup>3</sup> Avaliamos os dados da Pesquisa Nacional de Assistência Médica Ambulatorial (*National Ambulatory Medical Care Survey*) e da Pesquisa Nacional de Assistência Médica Hospitalar (*National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*) para ajudar a determinar se os padrões de prática eram tais, que as métricas relacionadas ao fornecedor seriam adequadas. Realizamos essa avaliação para quantificar as lacunas na prática, relevantes para as medidas de qualidade da AAO-HNSF que estavam sendo analisadas pelo Fórum Nacional da Qualidade (*National Quality Forum*).

Em resumo, os dados demonstraram que 115.800 consultas pediátricas por ano resultaram em excesso de uso de anti-histamínicos <sup>4</sup>, enquanto que 413.600 culminaram na prescrição de antibióticos para essas crianças.<sup>5</sup> Em contraste, esteroides orais foram raramente usados em crianças, <sup>6</sup> porém esteroides intranasais foram administrados em 134.020 pacientes pediátricos, por ano.<sup>7</sup> Essas crianças foram, portanto, expostas a potenciais efeitos adversos de esteroides, antibióticos e anti-histamínicos, não obtendo benefícios na audição, risco de cirurgia futura ou resolução de OME em longo prazo.

Os anti-histamínicos foram administrados em 4,1% daqueles com diagnóstico de OME, em oposição ao risco de 2,1% de base ( $p < 0,05$ ). A probabilidade de receber anti-histamínicos com diagnóstico de OME foi significativamente elevada, mesmo quando a análise multivariada foi ajustada para idade, sexo, raça / etnia, rinite alérgica, alergia sistêmica e outras atopias, rinite não alérgica, infecção do trato respiratório superior e local onde ocorreram as consultas (*odds ratio* [OR], 3,53; Intervalo de Confiança 95% [IC95%], 1,62- 7,71;  $p = ,002$ ).<sup>4</sup>

Quando os antibióticos foram considerados, houve um aumento de 18,8% no risco de administração entre crianças diagnosticadas com OME, na ausência de otite média aguda ( $p < 0,0001$ ), sugerindo que a cada seis consultas isoladamente para OME poderiam resultar em uma prescrição supérflua. Mesmo con-

siderando potenciais fatores de confusão, incluindo idade, sexo, raça / etnia, um amplo espectro de infecções e cenário de consultas, as chances de administração de antibióticos orais permaneceram significativamente maiores quando a OME foi diagnosticada (OR, 4,31; IC 95%, 2,88-6,44;  $p < 0,001$ ).<sup>5</sup>

As crianças não apresentaram risco aumentado com a prescrição de esteroides por via oral, embora os adultos com OME, aqueles com disfunção da tuba auditiva ou retração da membrana timpânica tenham maior probabilidade de receber esteroides orais do que nos adultos onde não foram feitos esses diagnósticos.<sup>6</sup>

Os esteroides intranasais foram administrados em 10,0% das consultas em que a OME foi diagnosticada, em comparação com 3,5% das visitas em que a OME não foi diagnosticada ( $p < 0,05$ ). Após o ajuste para idade, sexo, raça / etnia, condições nasais passíveis de serem confundidas e os locais onde aconteceram as consultas (emergência ou ambulatório), a análise multivariada demonstrou que a **OME permaneceu também associada a um aumento no uso de esteroides intranasais** (multivariado OR, 3,58; IC95%, 1,60-8,01;  $p = 0,002$ ).<sup>7</sup>

**Os padrões da administração de medicamentos diferiram de acordo com o tipo de prática. Na sala de emergência, antibióticos e anti-histamínicos não sedativos foram significativamente mais propensos a serem administrados.** Na verdade, o risco para a diferença para a prescrição de antibióticos foi de 37,1%, o que significa que **aproximadamente uma a cada três consultas para OME, no serviço de emergência, resultou em uma prescrição de antibióticos.** Embora nas consultas aos setores ambulatoriais (não emergência) também tenha havido um aumento na prescrição especialmente de anti-histamínicos e antibióticos quando a OME estava presente, a magnitude do uso excessivo foi menor do que no departamento de emergência, para ambas as classes de medicamentos. Ao contrário, o uso de **esteroides orais e intranasais foi maior fora do departamento de emergência. As visitas a um otorrinolaringologista não foram associadas ao aumento da prescrição de anti-histamínicos ou esteroides e foram de fato associados com uma probabilidade menor de uso de antibióticos** (OR, 0,41; IC95%, 0,29-0,57;  $p < 0,001$ ), portanto, dentro da nossa especialidade, não existe muito tendências para mudanças.

**Sabendo que os padrões de prescrição podem variar de acordo com o local onde ocorreu a consulta, a educação pode ser direcionada de acordo com o tipo de prática. Por exemplo, o pessoal do departamento de emergência seria adequadamente encorajado a evitar o uso de antibióticos e anti-histamínicos na OME, na ausência de alergia / condições atópicas ou infecciosas com indicações independentes. Ao contrário, a equipe do pronto-socorro poderia ser elogiada por limitar melhor as prescrições esteroides orais e intranasais, enquanto os profissionais que atuam em consultório seriam aconselhados a se concentrar em minimizar o uso de esteroides orais e intranasais.** Além disso, como muitos desses medicamentos agora também estão disponíveis “no balcão” da farmácia, sem necessidade de prescrição médica, a educação direcionada ao paciente também pode ser necessária para apoiar os cuidados com base em evidências.

À medida que nos esforçamos para fornecer os cuidados da mais alta qualidade para nossos pacientes, nos beneficiaremos da avaliação introspectiva de nossos próprios padrões independentes da prática. A compreensão de onde as nossas práticas individuais se situam em relação aos dados nacionais em todos os contextos da prática médica, pode nos permitir antecipar a prescrição inadequada (e o custo associado), aumentando a segurança do paciente, nos nossos próprios ambientes de práticas clínicas locais. O aumento da conscientização sobre os dados publicados, diretrizes e padrões de prática relacionados, ajudará a guiar não apenas nossas decisões, mas também as decisões daqueles que estabelecem as diretrizes.

Essas análises também demonstraram lacunas significativas nos cuidados que suportam a inclusão de medidas de qualidade relacionadas em um registro de dados clínicos qualificado. As oportunidades para melhoria da qualidade são maiores por não prescrever antibióticos ou esteroides intranasais e menos por anti-histamínicos e esteroides orais. Dada a alta prevalência de OME em crianças, no entanto, e os eventos adversos potencialmente graves de esteroides sistêmicos, uma mudança ainda poderá ser feita, para obter uma medida de qualidade, apesar da baixa lacuna de desempenho na prática.

Em resumo, há oportunidades para melhoria da qualidade. A consciência desses achados pode facilitar o encaminhamento adequado para intervenção definitiva em crianças com OME e perda auditiva, dificuldade de desenvolvimento ou qualidade de vida abaixo do padrão desejado.

### **Contribuições de autor**

Rachel E. Roditi redigiu o manuscrito inicial, imputou os dados, aprovou o manuscrito final como submetido; Richard M. Rosenfeld, revisou o manuscrito, contribuiu para a apresentação e interpretação dos dados, aprovou o manuscrito final como submetido; Jennifer J. Shin, fez a redação preliminar, revisões de conteúdo intelectual, aprovação final.

### **Conflitos de interesse**

Conflitos de interesse que poderiam competir: Jennifer J. Shin recebe *royalties* de livros didáticos de Otorrinolaringologia com Base em Evidências (New York, NY: Springer, 2008) e de Preparação e Prática de Otorrinolaringologia (San Diego, CA: Plural Publishing, 2013). Jennifer J. Shin é uma beneficiária da *Harvard Medical School Shore Foundation / Center for Faculty Development Grant and a Care Redesign Incubator Program Award*. Rachel E. Roditi é consultora em ensaios clínicos da Knopp Pharmaceuticals e Allakos, Inc para pólipos nasais.

Patrocínios: Nenhum

Fonte de financiamento: Nenhuma.

**Referências bibliográficas**

1. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion executive summary (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154:201-214.
2. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154(1)(suppl):S1-S41.
3. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(5)(suppl):S95-S118.
4. Prince AA, Rosenfeld RM, Shin JJ. Antihistamine use for otitis media with effusion: ongoing opportunities for quality improvement. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;153:935-942.
5. Roditi RE, Liu CC, Bellmunt AM, et al. Oral antibiotic use for otitis media with effusion: ongoing opportunities for quality improvement. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154:797-803.
6. Bellmunt AM, Vila PM, Chen JX, et al. Oral steroid usage for otitis media with effusion, eustachian tube dysfunction, and tympanic membrane retraction. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;155:139-146.
7. Wang DE, Lam DJ, Bellmunt AM, et al. Intranasal steroid use for otitis media with effusion: ongoing opportunities for quality improvement. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;157:289-296.