

**Viernes 2 de febrero de 2018**

**Taller:  
Dejar de hacer,  
pero elegir con prudencia**

**Ponente/monitor:**

■ **Juan Ruiz-Canela Cáceres**

*Pediatra. CS Virgen de África. Distrito AP Sevilla.*

Textos disponibles en  
**www.aepap.org**

**¿Cómo citar este artículo?**

Ruiz-Canela Cáceres J. Dejar de hacer, pero elegir con prudencia. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 309-315.

## Dejar de hacer, pero elegir con prudencia

Juan Ruiz-Canela Cáceres

*Pediatra. CS Virgen de África. Distrito AP Sevilla.*

*jruizcanela@gmail.com*

### RESUMEN

En los últimos años, se ha incrementado la preocupación por el sobreuso de las intervenciones sanitarias. Se viene apreciando una tendencia a medicalizar aspectos normales de la vida, convirtiendo probabilidades en enfermedades. La crisis económica y las expectativas desmesuradas en los servicios sanitarios generan prácticas que producen más daños que beneficio. Los profesionales y sociedades científicas se han movilizado contra esta realidad; entre otras actividades han proliferado listas de recomendaciones y prácticas a evitar ("dejar de hacer").

Revisando la experiencia internacional: EE. UU. se ha caracterizado por el desarrollo de iniciativas "de-abajo-a-arriba"; la campaña "Choosing wisely" (eligiendo prudentemente) consiste en que cada sociedad médica selecciona las cinco prestaciones más importantes a evitar y distribuye la información. Reino Unido, el país que probablemente más ha desarrollado formalmente las estrategias de evaluación de servicios y tecnologías sanitarias, dispone de un programa de guías de práctica clínica (GPC) muy sólido. Se han elaborado listas de procedimientos candidatos a desinversión parcial o total, estrategia que complementa con mecanismos de ayuda e implementación (auditorías, materiales educativos, guías de práctica), difusión de experiencias locales de buenas prácticas y mecanismos de evaluación, incluyendo sistemas de indicadores.

La implementación de recomendaciones “dejar de hacer” no es sencilla y existe poca experiencia en la práctica. Revisamos la experiencia en nuestro país desde una sociedad científica y en un distrito sanitario, con especial énfasis en la implementación de recomendaciones que, creemos, debería estar más extendida.

## DEJAR DE HACER, PERO ELEGIR CON PRUDENCIA


En la literatura sanitaria se viene publicando sobre los peligros del sobreuso de las intervenciones sanitarias y la medicalización de la sociedad, incluyendo los problemas derivados por exceso de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de cuidados. Se viene apreciando una tendencia a medicalizar aspectos normales de la vida, convirtiendo probabilidades en enfermedades, a la vez que se reducen los umbrales diagnósticos, lo que condiciona multitud de pruebas y revisiones periódicas innecesarias. A este fenómeno ha contribuido la extensión de un modelo social que sitúa expectativas desmesuradas en los servicios y tecnologías sanitarias con escasa aceptación del envejecimiento y la ausencia de alternativas en determinados casos. Esta tendencia se traduce a veces en prácticas que podrían producir más daños que beneficios a los pacientes, a la vez que sobre-

cargan y afectan a la sostenibilidad del sistema sanitario público. Recientemente, varias instituciones sanitarias y científicas han analizado y evaluado este tipo de prácticas y han publicado diversas listas de recomendaciones y prácticas a evitar (“dejar de hacer” o “do not do”). Sin embargo, la implementación de las recomendaciones no es sencilla y existe aún poca experiencia en la práctica<sup>1-3</sup>.

## Experiencias en el mundo

En primer lugar, EE. UU. se ha caracterizado por el desarrollo de iniciativas “de-abajo-a-arriba”: la campaña “Choosing wisely” consiste en que cada sociedad médica selecciona las cinco prestaciones más importantes a evitar; la iniciativa “Less is more” (menos es más) de la Asociación Médica Americana (con amplia difusión en las revistas de la sociedad como *JAMA* y *JAMA Internal Medicine*) y alguna otra son ejemplos de estas iniciativas. En general, y aunque algunas aseguradoras utilizan los criterios top-5 para eliminar prestaciones o medicamentos de su cobertura, se trata de iniciativas basadas en el voluntarismo que apelan al profesionalismo y al buen hacer de los sanitarios, aun incorporando documentos explicativos para pacientes y otras fórmulas para actuar sobre la población. Es una línea muy atractiva (Fig. 1)<sup>4</sup>.

Figura 1. American Academy of Pediatrics. “Choosing wisely”



*An initiative of the ABIM Foundation*

- AAP MODULE WELCOME
  - Selection Criteria
  - Pretest
- ABOUT CHOOSING WISELY
  - Introduction
  - Rationale
  - Learning Goals
  - Principles
  - References
- KEY SKILLS
  - Clear Information
  - Elicit Concerns
  - Empathy
  - Confirm Agreement
  - Video Example
  - References
- THE 5 RECOMMENDATIONS
  - URI and Antibiotics
  - Cold Meds and Children
  - CT to Head Injuries

### American Academy of Pediatrics Five Things Physicians and Patients Should Question

1. **Antibiotics should not be used for apparent viral respiratory illnesses (sinusitis, pharyngitis, bronchitis).**  
Although overall antibiotic subscription rates for children have fallen, they still remain alarmingly high. Unnecessary medication use for viral respiratory illnesses can lead to antibiotic resistance and contributes to higher health care costs and the risks of adverse events.
2. **Cough and cold medicines should not be prescribed or recommended for respiratory illnesses in children under four years of age.**  
Research has shown these products offer little benefit to young children and can have potentially serious side effects. Many cough and cold products for children have more than one ingredient, increasing the chance of accidental overdose if combined with another product.
3. **Computed tomography (CT) scans are not necessary in the immediate evaluation of minor head injuries; clinical observation/Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) criteria should be used to determine whether imaging is indicated.**  
Minor head injuries occur commonly in children and adolescents. Approximately 50% of children who visit hospital emergency departments with a head injury are given a CT scan, many of which may be unnecessary. Unnecessary exposure to x-rays poses

**The American Academy of Pediatrics' Module**

En Reino Unido, el país que probablemente más ha desarrollado formalmente las estrategias de evaluación de servicios y tecnologías sanitarias, disponen de un programa de Guías de Práctica Clínica (GPC) muy sólido y se han elaborado listas de procedimientos candidatos a desinversión parcial o total, estrategia que complementa con mecanismos de ayuda e implementación (auditorías, materiales educativos, GPC), difusión de experiencias locales de buenas prácticas y mecanismos de evaluación, incluyendo sistemas de indicadores. En su web existe un listado de muchas recomendaciones, que ha sido elaborado por el Instituto de Excelencia Clínica y Sanitaria. La sección se llama "Do not do", es decir, "no hacer". Consiste en una base de datos que incluye las cosas que

no se deben hacer basadas en Guías NICE desde el año 2007. Cada registro incluye información acerca de la recomendación, el documento donde se encuentra y la evidencia que la respalda. Abarca muchas especialidades, oncología, cardiovascular, infecciosas, etc. (Fig. 2).

En España, a iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el Ministerio de Sanidad ha apoyado una campaña tipo "Choosing wisely", con amplia participación de las sociedades científicas, que ha elegido sus top-5 para "dejar de hacer" (por ejemplo: Asociación Española de Pediatría), la iniciativa se orienta, como en el caso estadounidense, hacia el voluntarismo de los profesionales en la toma de decisiones clínicas en consulta (Fig. 3).

Figura 2. NICE

Search Term: bronchiolitis   Filter	Do not do	Published	Impact Level
Children with bronchiolitis are not prescribed antibiotics to treat the infection.	Do not do	December 2016	Unclassified
Children with bronchiolitis are not prescribed antibiotics to treat the infection.	Do not do recommendation	December 2016	
Do not routinely perform a chest X-ray in children with bronchiolitis.	Do not do recommendation	December 2015	
Do not use any of the following to treat bronchiolitis in children: antibiotics, hypertonic saline, adrenaline (nebulised), salbutamol, montelukast, ipratropium bromide, systemic or inhaled corticosteroids, a combination of systemic corticosteroids and nebulised adrenaline.	Do not do recommendation	December 2015	
Do not routinely perform a chest X-ray in children with bronchiolitis.	Do not do	June 2015	Unclassified
Do not use any of the following to treat bronchiolitis in children: antibiotics, hypertonic saline, adrenaline (nebulised), salbutamol, montelukast, ipratropium bromide, systemic or inhaled corticosteroids, a combination of systemic corticosteroids and nebulised adrenaline.	Do not do	June 2015	Unclassified

Figura 3. Recomendaciones de no hacer de la Asociación Española de Pediatría

## La Asociación Española de Pediatría

### RECOMIENDA:

- 1 No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).
- 2 No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TAC, RM), en niños y niñas con convulsión febril simple.
- 3 No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.
- 4 No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.

El proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Como objetivos secundarios se han marcado los siguientes:

- Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados.
- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

Existen más iniciativas como Dianasalud, Essential, etc., que se comentarán en el taller.

## NUESTRA EXPERIENCIA

Participación en el proyecto Compromiso de la Calidad-Guiasalud como se describe en la Fig. 4.

Participación en el Proyecto Distrito Sevilla: se constituyó un equipo multiprofesional que realizó una propuesta de áreas de intervención, en que existía margen amplio de mejora. Se discutieron los métodos para aplicar en la consulta y se propuso elaborar un cuestionario para que los centros identifiquen redundancias y pruebas innecesarias, etc.

### Etapas del proyecto Distrito Sevilla

#### Priorización de intervenciones

A partir de la primera lista de prácticas identificadas, se realizó un proceso de priorización para obtener una lista consensuada. La priorización va dirigida a facilitar el trabajo del grupo y la posterior implementación. Se utilizaron los siguientes criterios, puntuando de 1-9 en cada uno de ellos y sumando las puntuaciones (Fig. 5):

Figura 4. Participación en el proyecto compromiso de la calidad GuiaSalud

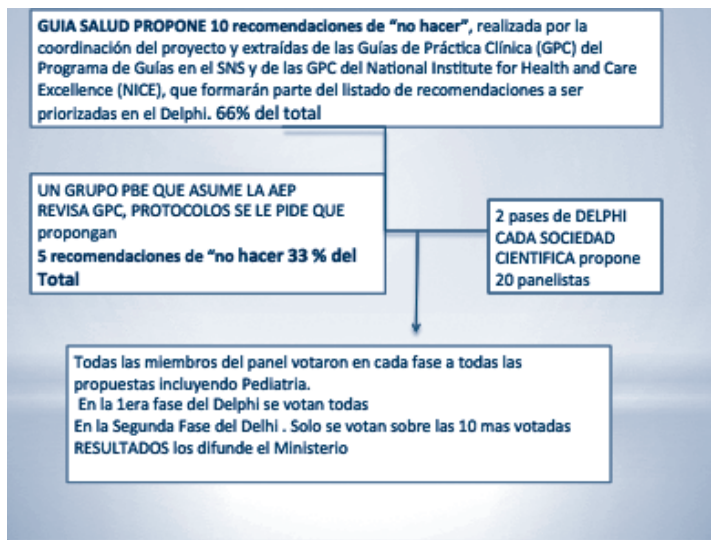


Figura 5. Lista de intervenciones no hacer del Distrito Sevilla

Intervención a evitar
Técnicas de curas en úlceras venosas con apósitos
Tratamiento antibiótico en bronquitis aguda y resfriado común.
Tratamiento farmacológico de la osteopenia o en personas con bajo riesgo de fractura osteoporótica. Duración de más de cinco años.
Urocultivo en mujeres jóvenes con clínica de cistitis + antibióticos bacteriurias asintomáticas
Radiología en lumbalgia o cervicalgia de menos de seis semanas de duración sin s de alarma.
Autoanálisis de glucosa en diabéticos tipo 2 no tratados con insulina
Tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
Screening de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos mediante PSA o tacto rectal
Estudios de neuroimagen en cefaleas crónicas infantiles
Técnicas de imagen en sinusitis aguda
Tratamiento broncodilatador con agonistas b2-adrenérgicos para la bronquiolitis aguda de forma sistemática.

- Criterio 1: frecuencia de la práctica a evitar e impacto en la organización.
- Criterio 2: importancia para la seguridad del paciente.
- Criterio 3: factibilidad de mejora y posibilidades de prevención.

#### Fichas de intervenciones “dejar de hacer”

Se elaboró un modelo para revisar los efectos de cada intervención, especificando la evidencia disponible (ejemplo bronquiolitis). Cada recomendación se redacta de forma clara y con indicación de las actuaciones específicas. Incluye la población o pacientes a la que va dirigida, así como la intervención con excepciones o matizaciones, evidencias que la apoyan y balance entre beneficios y riesgos (Fig. 6)<sup>5</sup>.

Se tuvo en cuenta la posibilidad de implicación de los pacientes a nivel individual o grupal. Se consideró muy útil elaborar materiales informativos disponibles en la consulta para entregar a los pacientes en situaciones concretas.

#### Implementación

Se planteó la difusión del proyecto en los centros. Se envió el listado de intervenciones para recibir comentarios, así como propuestas de redundancias y pruebas innecesarias, etc. También se propuso realizar sesiones de formación para discutir las barreras y facilitadores<sup>6</sup>. Se diseñó una tabla para recoger la información cualitativa sobre diferentes tipos de barreras/facilitadores. Esta tabla fue cumplimentada por los autores de cada ficha en una primera ronda para iniciar el plan de implementación<sup>7</sup>.

#### Identificación de barreras

Las barreras y facilitadores son factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. Su identificación, a pesar de algunas incertidumbres, parece adecuada y eficiente para ajustar la intervención a las necesidades de los clínicos y al contexto en el que se va a implementar la GPC (en nuestro caso recomendación). Existen múltiples clasificaciones de barreras y facilitadores. La mayoría de ellas consideran aspectos relacionados con el profesional de la salud, y el contexto social y organizativo. La identificación de barreras y facilitadores es un proceso

Figura 6. Ficha de hacer bronquiolitis

Proyecto Menos es Mas en Atención Primaria Sevilla	
Ficha de intervenciones no recomendadas.	
<p><b>Tratamiento de la bronquiolitis aguda</b></p> <p><b>Recomendación:</b> En el tratamiento de la bronquiolitis aguda no se recomiendan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• los agonistas <math>\beta_2</math>-adrenérgicos inhalados de forma sistémica, ni salbutamol oral,</li> <li>• la administración de xantinas o terbutalina oral,</li> <li>• la adrenalina subcutánea,</li> <li>• los mucolíticos, antitusígenos o descongestionantes nasales,</li> <li>• los glucocorticoides en ninguna de sus formas de administración,</li> <li>• el uso de antibióticos, a menos que haya evidencia de una complicación de neumonía bacteriana u otra sobreinfección.</li> </ul> <p><b>Alternativas:</b> Medidas generales de soporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños deben estar semi-incorporados para facilitar la respiración. Se les puede realizar lavados nasales con suero fisiológico.</li> <li>• La alimentación deberá ser en forma de tomas más fraccionadas; en caso de existir intolerancia total, se pasará a fluidoterapia intravenosa.</li> </ul> <p>El suero salino al 3% nebulizado en los pacientes ingresados con bronquiolitis aguda, es un tratamiento útil para reducir la estancia hospitalaria, por lo que se recomienda su utilización (puede prepararse mezclando 50 cc de SF6 y 6,5 cc de ClNa 20%).</p> <p><b>Oxígeno:</b> Es el único tratamiento eficaz. Está indicado cuando existen signos clínicos de hipoxia o la Sat O2 es &lt; 92%.</p> <p><b>Adrenalina 1/1000:</b> Parece que puede producir una mejoría en los inhalados parámetros clínicos a corto plazo (probablemente por su efecto alfa adrenérgico), pero no tiene efecto sobre las tasas de hospitalización.</p> <p><b>Excepciones o matizaciones:</b> En caso de que se considere oportuna la utilización de un broncodilatador (mayores de 5-6 meses), se recomienda realizar una prueba terapéutica y sólo continuar con el tratamiento si existe respuesta clínica. La Rx de tórax solamente tórax estará indicada cuando se sospeche neumonía u otro diagnóstico distinto de la bronquiolitis.</p> <p><b>Fundamento y evidencias:</b> Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundación Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guía de Práctica</p>	<p>D Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla</p> <p>Clinica en el SNS: AATRAM. Nº 2007/05.</p> <p>González de Dios, J., &amp; Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo de Revisión del Proyecto aBREVIAADO (Bronquiolitis-Estudio de Variabilidad Idoneidad y Adecuación). In Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (IV): tratamiento de la bronquiolitis aguda: Revisión de la evidencia científica. <i>An Pediatr (Barc)</i> [Vol. 72, p. 285].</p> <p>Prevention, Diagnosis and Treatment of Pediatric Bronchiolitis . Guideline Synthesis de: Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC). <i>Evidence-based care guideline for management of first time episode bronchiolitis in infants less than 1 year of age</i>. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2010 Nov 16. 16 p. [142 references]</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). <i>Bronchiolitis in children. A national clinical guideline</i>. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Nov. 41 p. (SIGN publication; no. 91). disponible en <a href="http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=35483">http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=35483</a></p> <p>González de Dios, J., &amp; Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo Investigador del Proyecto aBREVIAADO (Bronquiolitis Estudio de Variabilidad Idoneidad y Adecuación). Estudio de variabilidad en el abordaje de la bronquiolitis aguda en España en relación con la edad de los pacientes. <i>An Pediatr (Barc)</i>, 72, 4-18.</p> <p>Sánchez Ebanitz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. <i>Evid Pediatr</i>. 2007;3:88.</p> <p><a href="http://www.aespap.org/gvrv/pdf/rosumen_bronquiolitis_p_gvr_4_2009.pdf">http://www.aespap.org/gvrv/pdf/rosumen_bronquiolitis_p_gvr_4_2009.pdf</a></p> <p><b>Balace entre beneficios y riesgos:</b> Existe un predominio de riesgos (exposición a medicación innecesaria, con potenciales efectos adversos), frente a los beneficios inesistentes (posibilidad de mejoría en el seguimiento de algunos pacientes contradictoria y datos no consistentes).</p> <p><b>Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.</b> Habitualmente no se requiere el empleo de pruebas complementarias en el manejo de la BA. Tan sólo en un pequeño porcentaje de pacientes será necesario recurrir a ellas para descartar diagnósticos alternativos, clasificar la gravedad de la afección respiratoria o indicar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico suplementario. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes requiere ingreso hospitalario, que suele estar motivado por la necesidad de cuidados como la administración de oxígeno suplementario, la aspiración de secreciones o la alimentación enteral o parenteral.</p> <p>El seguimiento de las recomendaciones actualizadas sobre BA en el servicio de urgencias del H. Infantil Virgen del Rocío.</p>

que debe comenzar desde el mismo momento que se elige la GPC (recomendación) a implementar y se analiza el problema, y debe continuar durante el diseño de la intervención. Numerosas técnicas pueden ser utilizadas: tormenta de ideas, estudio de caso, informantes clave, entrevista, encuesta, grupos focales, observación directa, grupos nominales, técnica Delphi, etc.

### Diseño de estrategias de intervención.

### Puesta en marcha de las estrategias

Existen numerosas teorías y modelos del proceso de cambio, que se pueden agrupar en: teorías con enfoque en aspectos individuales, teorías con enfoque en el contexto e interacción social, y teorías con enfoque en el contexto organizativo y económico. Los procesos de cambio cuentan con diferentes estadios o fases identificadas: orientación, interiorización, aceptación, cambio y

mantenimiento. A la hora de seleccionar y diseñar las estrategias o intervenciones adecuadas para la implementación de una GPC (recomendación) es necesario considerar, por un lado, el enfoque de la estrategia; por otro, las características propias de la población diana de la GPC y la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra. Las estrategias identificadas están orientadas a intervenciones sobre los profesionales, intervenciones económicas, intervenciones organizativas e intervenciones reguladoras. La efectividad de cada estrategia depende de múltiples factores, por lo que es necesario analizar en cada contexto cuál o cuáles son las más apropiadas.<sup>8</sup>

Los siguientes pasos del proyecto han sido:

- Elaboración de indicadores para monitorizar el desarrollo del proyecto y la evolución de las intervenciones no recomendadas.

- Materiales de apoyo dirigido tanto a los profesionales como a la población.
- Repetición del ciclo con nuevas propuestas de intervenciones no necesarias.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Bryan MA, Desai AD, Wilson L, Wright DR, Mangione-Smith R. Association of Bronchiolitis Clinical Pathway Adherence With Length of Stay and Costs. *Pediatrics*. 2017;139:e20163432.
2. Coon ER, Young PC, Quinonez RA, Morgan DJ, Dhruva SS, Schroeder AR. Update on Pediatric Overuse. *Pediatrics*. 2017;139.e20162797.
3. Fisher ES. Medical care—is more always better? *N Engl J Med*. 2003;349:1665-7.
4. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. "Choosing wisely": a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015; 24:167-74.
5. Mangione-Smith R, Roth CP, Britto MT, Chen AY, McGalliard J, Boat TF, et al. Development and testing of the Pediatric Respiratory Illness Measurement System (PRIMES) quality indicators. *Hosp Pediatr*. 2017;7:125-33.
6. Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, Schwartz L, Santa J, Godlee F. Winding back the harms of too much medicine. *BMJ*. 2013;346:f1271.
7. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N.º 2007/02-02. [Actualización marzo 2010].
8. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N.º 2006/01. [Actualización marzo 2010].