DEJAR DE HACER PERO ELEGIR CON PRUDENCIA

Juan Ruíz-canela Cáceres

NO TENGO CONFLICTOS DE INTERES CON ESTE TEMA

CONTENIDOS TALLER

1º Panorama General

•Experiencias en la Mundo y España

•NUESTRA EXPERIENCIA

ESQUEMA TALLER ALUMNOS

2º Visitar webs de Fuentes Internacionales y Nacionales

NUESTRO Objetivo Seleccionar una intervención de cada una de las fuentes, diferente a Bronquiolitis

TENDENCIAS

- **Medicalización de aspectos normales de la vida**
- **Presiones por introducir intervenciones de eficacia no probada**
- **Difusión de cultura dominante: medicina tecnológica y capaz de curar todo.**
- **Creación de rutinas y protocolos para realización de pruebas y revisiones de efectividad no probada.**
- **Aumento de los efectos adversos derivados de lo anterior**

EXPERIENCIA INTERNACIONAL

- **Campaña Choosing Wisely (eligiendo prudentemente) en USA**
- **NICE(Instituto de Excelencia Clínica y Sanitaria). La sección se llama "*do not do*", es decir "no hacer.**
- **Otras**

Your search returned 9 results

Society	Recommendation
American Academy of Pediatrics	Infant home apnea monitors should not be routinely used to prevent sudden death syndrome (SIDS).
American Academy of Pediatrics	Avoid the use of surveillance cultures for the screening and treatment of asymptomatic bacteriuria.
American Academy of Pediatrics	Avoid using acid blockers and motility agents such as metoclopramide (generic) for physiologic gastroesophageal reflux (GER) that is effortless, painless, and not affecting growth. Do not use medication in the so-called "happy-spitter."
American Academy of Pediatrics	Don't perform screening panels for food allergies without previous consideration of medical history.
American Academy of Pediatrics	Computed tomography (CT) scans are not necessary in the routine evaluation of abdominal pain.
American Academy of Pediatrics	Neuroimaging (CT, MRI) is not necessary in a child with simple febrile seizure.
American Academy of Pediatrics	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.
Am Pe	

Search Recommendations

KEYWORD

SOCIETY
American Academy of Pediat

TOPIC AREA
- filter by -

AGE
Pediatric

SETTING
Outpatient

SERVICE
- filter by -

SEARCH | Clear Filters

DOWNLOAD A PDF of all *Choosing Wisely* recommendations

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/

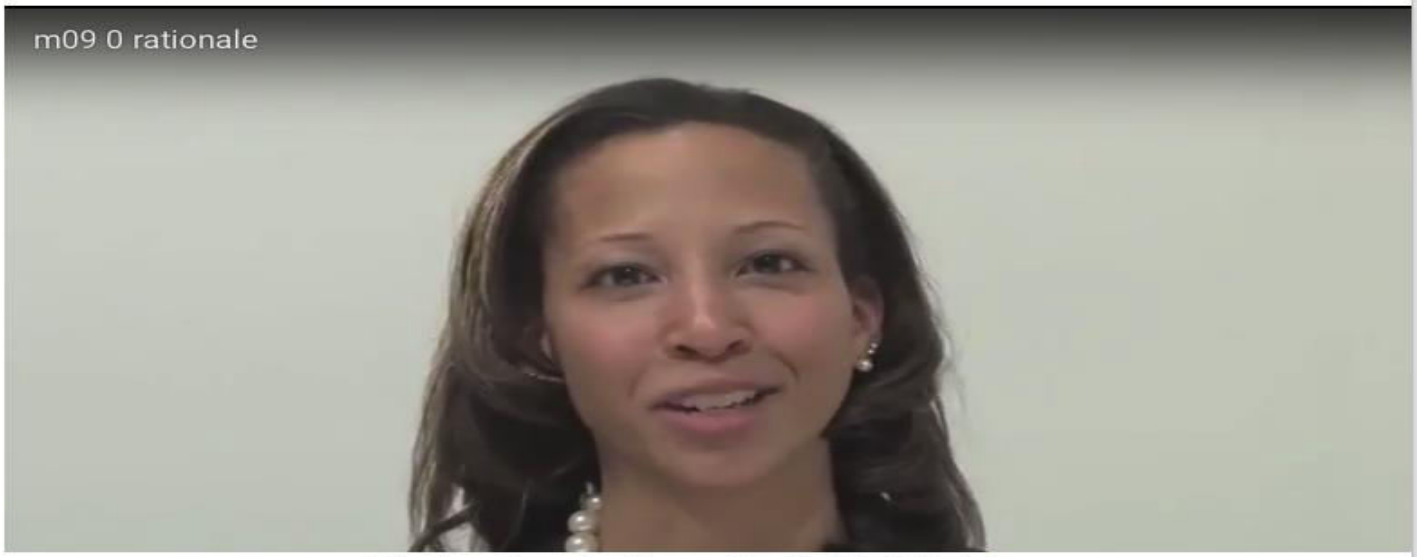
Choosing Wisely®

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

The American Academy of Pediatrics' *Choosing Wisely®* Communication Module

By the American Academy of Pediatrics with Rhonda Acholonu, MD, FAAP



The American Academy of Pediatrics' Module

http://modules.choosingwisely.org/modules/m_09/default_FrameSet.htm

NICE . SERVICIO SALUD INGLES

NHS
National Institute for Health and Clinical Excellence

Skip to content | Vision impaired | Login | Glossary | Contact | Sitemap | Site help

Search: GO
NICE NHS Evidence

Home | Find guidance | Putting guidance into practice | Get involved | News and press | About NICE

Home... Using guidance... 'Do not do' recommendations

- Benefits of implementation
- NICE implementation programme
- Commissioning guides supporting clinical service redesign
- Implementation tools
- Help implement NICE guidance
- Education
- Measuring the use of NICE guidance
- Shared learning implementing NICE guidance
- 'Do not do' recommendations
- Referral advice

NICE 'do not do' recommendations

What are the NICE 'do not do' recommendations?

During the process of guidance development NICE's independent advisory bodies often identify NHS clinical practices that they recommend should be discontinued completely or should not be used routinely. This may be due to evidence that the practice is not on balance beneficial or a lack of evidence to support its continued use. It is these recommendations that have been pulled together into the 'do not do' recommendations database.

The NICE 'do not do' recommendations database was created, and is maintained, by NICE's Research and Development team. Read further information about the team´s work.

What is in the NICE 'do not do' recommendations database?

The NICE 'do not do' recommendations database contains all the 'do not do' recommendations that have been made since 2007. These have been abstracted from NICE cancer service guidance, clinical guidelines, interventional procedures and technology appraisals guidance. They will be updated or replaced as new guidance is published.

Each record contains the 'do not do' recommendation and includes additional information including the intervention, health topic, the guidance it comes from (with a link to the relevant paragraph in the guidance) and the other 'do not do' recommendations from the same guidance. Each recommendation also includes the health care setting that describes the main clinical environments in which the intervention or investigation may be initiated. The health care setting is subject to vary according to local arrangements.

Search the NICE ´do not do´ recommendations database.

What about 'do not do' recommendations before 2007?

NICE introduced optimal practice review 'recommendation reminders' from December 2006, as part of a set of products to help the NHS make better use of its resources. The reminders aimed to help the NHS reduce ineffective practice by highlighting selective 'do not do' recommendations from NICE guidance issued between 2000 and 2006.

The optimal practice reminders are still available, along with electronic templates for estimating the local cost implications.

See all NICE optimal practice review recommendation reminders.

This page was last updated: **02 February 2011**

Accessibility | Cymraeg | Freedom of Information | Data Protection | Copyright | Disclaimer | NHS Choices

1 ACCEDER

https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published=&impact=&filter=bronchiolitis

COPIAR O PEGAR AL NAVEGADOR

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

https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published=&impact=&filter=bronchiolitis

Recibidos (35) - jruizcanela@g
Bronchiolitis in children | Guid
Juan
Es seguro | https://www.nice.org.uk/guidance/qs122/resources/do-not-do
Aplicaciones Apple Yahoo! . Google Maps YouTube Wikipedia Noticias Populares Buscar amigos

Bronchiolitis in children

Quality standard [QS122] Published date: June 2016

Quality standard | Tools and resources | History

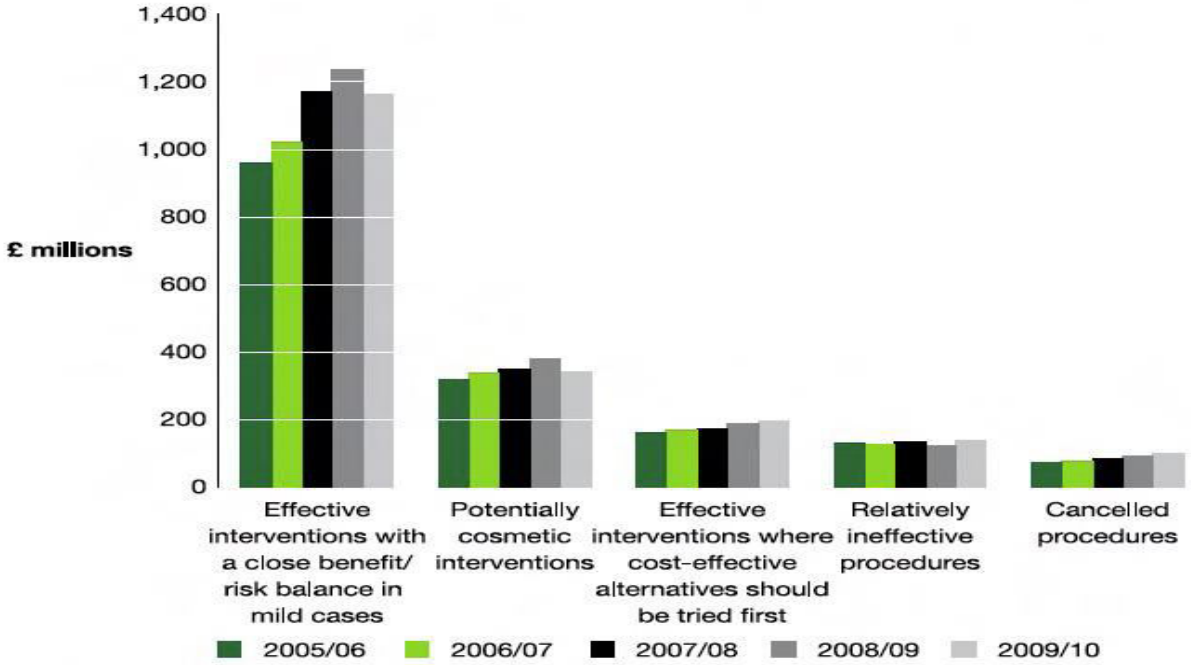
Filter by Title | Filter | Type | Published | Impact Level

Children with bronchiolitis are not prescribed antibiotics to treat the infection.	Do not do	December 2016	Unclassified

Show 10

LA LISTA CROYDON

Figure 1: **National spending on low clinical value treatments on the Croydon list**

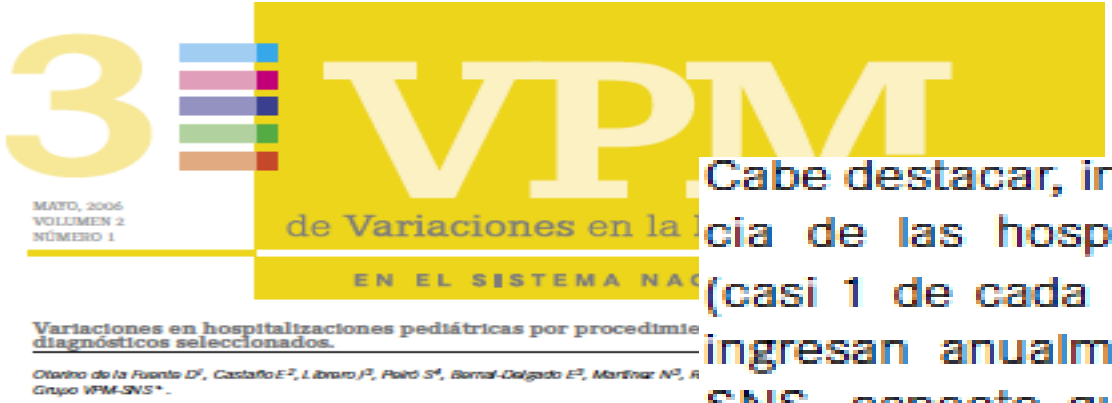


Experiencia en España

- Propuestas de sociedades científicas tipo choosing wisely.
- Proyecto coordinado por Guiasalud
- Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación de Salud (DIANA)
- Otras (Servicio Andaluz Salud, Essential)

ATLAS DE VARIACIONES

http://www.atlasvpm.org/web/guest



3

MAYO, 2006
VOLUMEN 2
NÚMERO 1

VPM

de Variaciones en la

EN EL SISTEMA NA

Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimie
diagnósticos seleccionados.

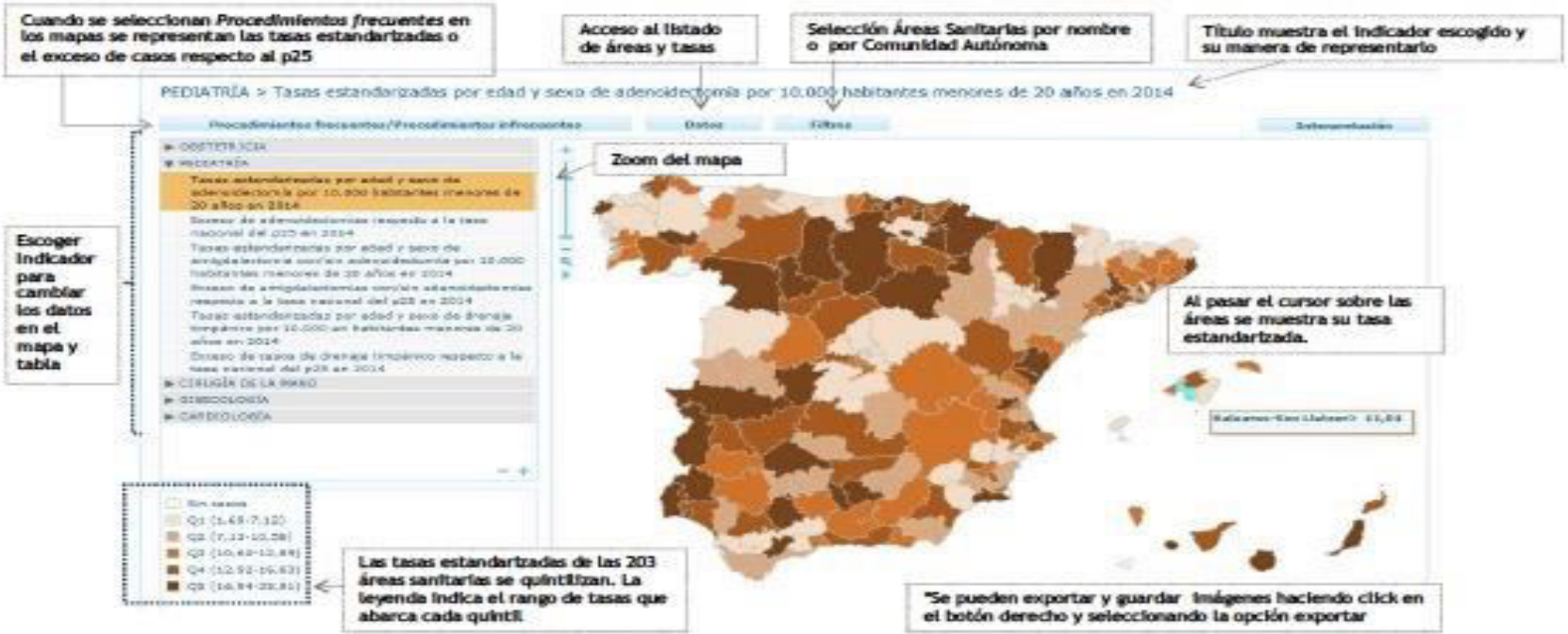
Otero de la Fuente D[1], Castaño E[2], Libaro J[3], Paró S[4], Bernal-Delgado E[5], Martínez N[5], R
Grupo VPM-SNS *.

Cabe destacar, inicialmente, la elevada incidencia de las hospitalizaciones por bronquiolitis (casi 1 de cada 25 niños menores de un año, ingresan anualmente por este proceso en el SNS, aspecto que obligó a calcular las tasas por 1.000 en lugar de por 10.000 como en el resto de procesos), y la comparativamente alta incidencia de intervenciones de adenoidectomía (25,26 por 10.000 niños), amigdalectomía (18,14 por 10.000) y apendicectomía (15,79 por 10.000), así como de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias de vías altas (16,61 por 10.000).

http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22352/Atlasnumero3.1_%2811.9MB%29.pdf

Magnitud de la variación

Procedimientos frecuentes. Representación de las tasas estandarizadas por edad y sexo por 10.000 habitantes. Las 203 áreas se dividen en 5 quintiles en función de su tasa y se muestran coloreadas en el mapa en función del quintil al que pertenecen, correspondiendo los colores más oscuros a las tasas mayores. La leyenda indica el rango de tasas que abarca cada quintil



GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SERVICIOS AL CIUDADANO | SEDE ELECTRÓNICA

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL | SANIDAD | SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD | PROYECTOS NORMATIVOS

/ Sanidad / Profesionales

SANIDAD

Ciudadanos
Profesionales
Biblioteca y Publicaciones

COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

- Evitar la yatrogenia 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.

Este proyecto se puso en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e con una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

GUIA SALUD PROPONE 10 recomendaciones de "no hacer", realizada por la coordinación del proyecto y extraídas de las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Programa de Guías en el SNS y de las GPC del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que formarán parte del listado de recomendaciones a ser priorizadas en el Delphi. 66% del total

UN GRUPO PBE QUE ASUME LA AEP
REVISA GPC, PROTOCOLOS SE LE PIDE QUE propongan
5 recomendaciones de "no hacer 33 % del Total

2 pases de DELPHI
CADA SOCIEDAD CIENTIFICA propone 20 panelistas

Todas las miembros del panel votaron en cada fase a todas las propuestas incluyendo Pediatria.
En la 1era fase del Delphi se votan todas
En la Segunda Fase del Delhi . Solo se votan sobre las 10 mas votadas
RESULTADOS los difunde el Ministerio

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm

IMAGEN DE LA AEP

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/A_S.E_PEDIATRIA_0K.pdf

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 celiaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.

5. No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda.

DianaSalud Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

ciberesp

Idioma ES EN

Inicio Quiénes somos Posibles Consultas Contacto INTRANET

Iniciativa

El Programa Right Care del Servicio Nacional de Salud (NHS) de Reino Unido.

Un programa nacional destinado a maximizar el valor de la asistencia sanitaria que describe las variaciones en la práctica clínica e identifica oportunidades para que los profesionales de la salud aumenten la eficacia de la asistencia sanitaria a la población. Disponible en www.rightcare.nhs.uk

http://www.dianasalud.com/index.php/

DianaSalud Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

ciberesp

Idioma ES EN

Inicio | Quiénes somos | Posibles Consultas | Contacto | INTRANET

Resultados de Búsqueda

Búsqueda de Recomendaciones

Iniciativa

Especialidad: Pediatria y cirugía pediátrica

Tipo de intervención

Año Publicación -

Tipo de recomendación

Resultados de Recomendaciones

Registros : 348

Exportar a Excel

En niños menores de 2 años con traumatismo craneoencefálico leve no se recomienda hacer la radiografía de cráneo de manera rutinaria. Se debería sustituir por escalas que incluyen datos clínicos y del mecanismo traumático para valorar el riesgo de lesión intracraneal.

Essencial: Afegint valor a la pràctica clínica [Essencial: Adding value to the clinical practice]

Societat Catalana de Pediatria

MAS :INCIATIVAS

http://www.dianasalud.com/index.php/iniciativas/index/2

Objetivo específico nº 10. xx: Cumplir la recomendación "dejar de hacer"

Identificación de problemas o aspectos mejorables
Problema o aspecto a mejorar
Datos e indicadores en los que se sustenta
Recomendaciones de lo que clínicamente no debe hacerse ("Do not do recommendations" del NICE, Sociedades Científicas, Choosing Wisely®, etc.).
Intervenciones clínicas y organizativas basadas en evidencias científicas y/o empíricas, que permitan mejorar el problema detectado
Enunciado de la intervención
Garantizar la aplicación de al menos una recomendación de lo que "clínicamente no se debe hacer" que la UGC haya considerado como de elevada prioridad (puntuación = 3 en la escala de priorización de 1 a 3) bien en eficiencia o en efectividad(Evidencia de la intervención recogida en la base Excel "dejar de hacer")
Razonamiento que justifica la intervención
Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación
Resultados que se pretenden conseguir en el año/ Objetivo
Indicador de Resultado: "Entre 0 y 1 fallos que equivale a entre un 85 – 75 % de cumplimiento de la recomendación, respectivamente".

Catálogo de recursos disponibles

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica_informes

ANEXO IV

Catalogo de recursos disponibles (actualizado a mayo 2015) para facilitar la selección de Objetivos Específicos

PAG 117

Essencial

Inicio | Qué es Essencial | Recomendaciones | Essencial y la práctica clínica | Actualidad

Inici > Recomendaciones

Recomendaciones

Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones con el fin de evitar su realización.

http://essencialsalut.gencat.cat/es/que_es_essencial/

Pediatría

Antibióticos en bronquitis en población pediátrica

La bronquitis en niños no se tiene que tratar rutinariamente con antibióticos, excepto si existe confirmación o sospecha alta de una infección bacteriana añadida.

17/02/2016

Antibióticos en faringitis en niños

No se tendría que instaurar tratamiento antibiótico de la faringitis en pediatría si no hay sospecha y confirmación subsiguiente de su etiología bacteriana.

17/01/2014

Antibióticos en la bronquiolitis en lactantes

La bronquiolitis en lactantes no se tiene que tratar rutinariamente con antibióticos, excepto cuando haya una infección bacteriana concomitante o una fuerte sospecha de esta.

25/11/2015

http://essencialsalut.gencat.cat/es/que_es_essencial/

Rev Calid Asist. 2012;27(3):130–138

Revista de
Calidad Asistencial

ARTÍCULO ESPECIAL

Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud

J.R. Repullo

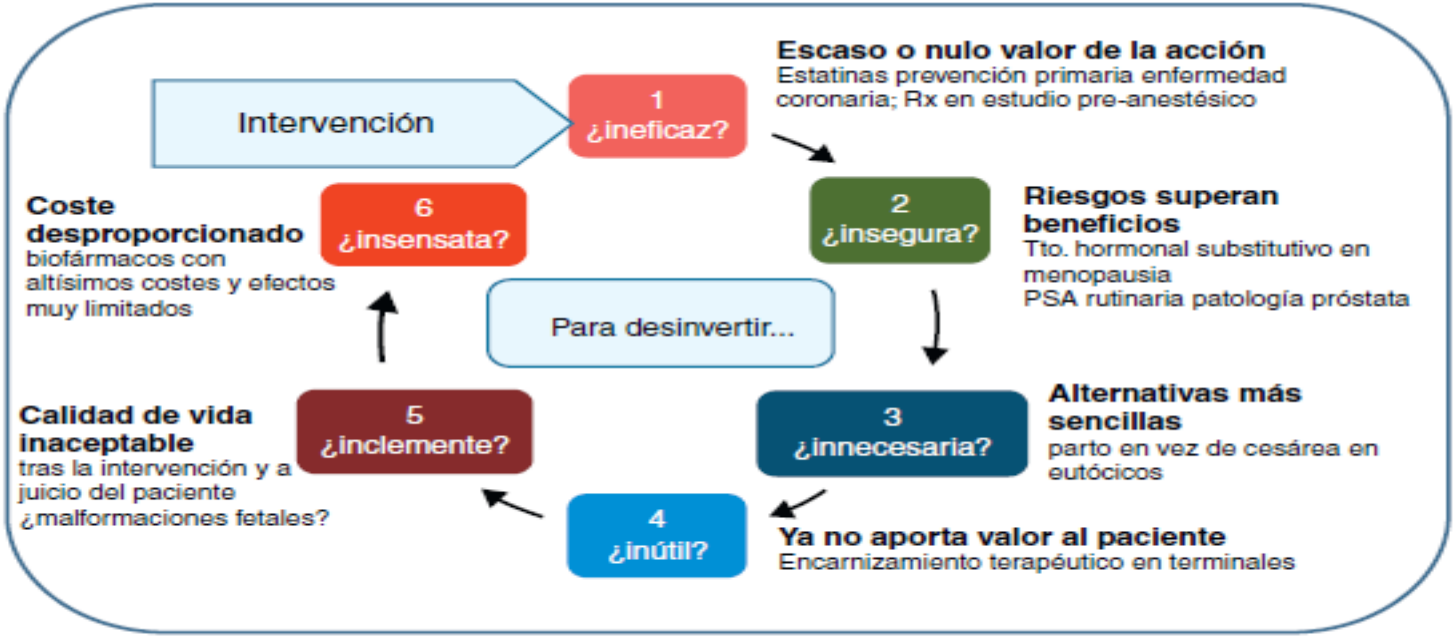


Figura 1 Las 6 preguntas para desinvertir en lo inapropiado.

CONTENIDOS TALLER

ESQUEMA TALLER ALUMNO

2º Visitar WEBS DE Fuentes Internacionales y Nacionales

Objetivo Seleccionar una intervención de cada una de las fuentes, diferente a Bronquiolitis (técnica tormenta de ideas y priorización)

Grupo de trabajo Distrito Sevilla- Nuestra experiencia
Constitución del grupo y preguntas

¿Cual es la situación en nuestro medio?

¿Cómo abordar el problema?

Experiencias previas e iniciativas útiles (sociedades científicas, organismos, grupos de investigación, etc.).

¿Podemos plantear una línea de trabajo para todo el Distrito?

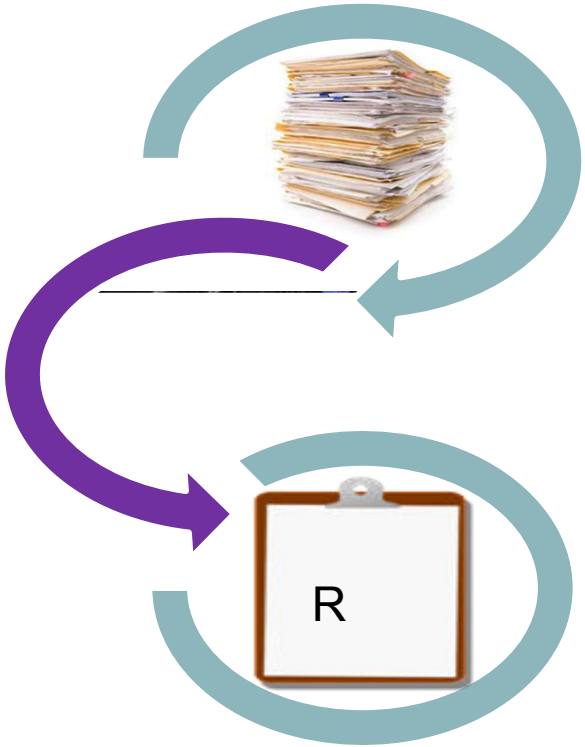
Elaboración de la lista:

- Diferentes perspectivas según ámbitos profesionales
- Grado de incertidumbre

Priorización

1. Frecuencia de la práctica a evitar e impacto en la organización
2. Importancia para la seguridad del paciente
3. Factibilidad de mejora

MÉTODO



Revisión bibliográfica: experiencias previas.

Identificación intervenciones innecesarias y posiblemente inseguras.

Priorización

Elaboración de recomendaciones (fichas)

Implementación

Lista de intervenciones a revisar o evitar
Radiología en lumbalgia o cervicalgia de menos de seis semanas de duración sin s de alarma.
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 jovenes con clinica de cistitis + antibióticos bacteriurias asintomáticas
Técnicas de curas en úlceras venosas con vendaje no compresivo y apósitos
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 infantil
Tratamiento broncodilatador con agonistas **b**2-adrenérgicos para la bronquiolitis aguda de forma sistemática.

Once fichas

Pruebas diagnósticas, técnicas de cuidados y medicamentos de uso muy frecuente en atención primaria.

Proyecto
Menos es Más
en Atención Primaria Sevilla

PROPUESTAS DISTRITO

1. **En el tratamiento de la bronquiolitis aguda no se recomienda:**
   - **<u>los agonistas b2-adrenérgicos inhalados de forma sistemática, ni salbutamol oral,</u>**
   - la administración de xantinas o terbutalina oral,
   - la adrenalina subcutánea,
   - los mucolíticos, antitusígenos o descongestionantes nasales,
   - los glucocorticoides en ninguna de sus formas de administración,
   - el uso de antibióticos, a menos que haya evidencia de una complicación de neumonía bacteriana u otra sobreinfección.

PROPUESTAS DISTRITO

2. En niños y adolescentes con cefaleas crónicas, después de una adecuada valoración clínica, que evalúe los síntomas y exploración neurológica normal no están justificados los estudios de neuroimagen y se debería evitar que la preocupación excesiva de los padres desencadene la realización de una prueba no necesaria desde el punto de vista médico

PROPUESTAS DISTRITO

3. Las técnicas de imagen (Rx de senos, Tac y RM) no están indicadas en el estudio de la sinusitis aguda pediátrica no complicada y deberían reservarse para la sinusitis persistente, recurrente o crónica, y ante la sospecha de una complicación.

FICHA DE INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS

Recomendación: términos específicos y aplicables
Excepciones o matizaciones: aclaraciones que conviene tener en cuenta según circunstancias del paciente y del contexto.
Fundamento y evidencias: **Balance entre beneficios y riesgos: especificar para poder cuantificar y transmitirlo al paciente**
Alternativas: especificar otras opciones para estos pacientes (terapéuticas, de cuidados, promoción de la salud, etc.)
Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.

Bibliografía

PEDIATRICS®
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Effectiveness of Quality Improvement in Hospitalization for Bronchiolitis: A Systematic Review

Shawn Ralston, Allison Comick, Elizabeth Nichols, Devin Parker and Patricia Lanter

Pediatrics 2014;134;571; originally published online August 4, 2014;
DOI: 10.1542/peds.2014-1036

La bronquiolitis provoca casi el 20% de todas las hospitalizaciones de agudos para los niños pequeños en los Estados Unidos. Pruebas innecesarias y medicación para los lactantes con bronquiolitis contribuyen a incrementar los costes sin mejorar los resultados.

Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. Evid Pediatr. 2007;3:88

El manejo de los casos de BA es uno de los ejemplos de la medicina actual en donde la práctica diaria ("lo que hacemos") se separa con más frecuencia de la deseable de la evidencia científica ("lo que sabemos"). Esto da lugar a prácticas clínicas muy dispares, más relacionadas con "las preferencias individuales" de los médicos que atienden niños con BA, que con la gravedad de los episodios y su ajuste a criterios probados. Y no es un pecado nacional.

Es una realidad constatada a lo largo y ancho del planeta, según se refleja en la literatura. La prescripción en la práctica diaria de broncodilatadores, corticoides y antibióticos es un hecho reconocido en diferentes países, aunque vaya en contra de las pruebas científicas y los grados de recomendación actuales.

Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. Evid Pediatr. 2007;3:88

Ciertas semejanzas de las BA con las crisis de asma

El hábito o la fuerza de la costumbre. Algunas de nuestras prácticas tienen bases fundadas solamente en el tiempo que se llevan realizando.

La presión familiar. Las preferencias de los pacientes o, en este caso, sus responsables legales.

Desconocimiento de la evidencia actual.

González de Dios, J., & Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo Investigador del Proyecto aBREVIADo (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. An Pediatr (Barc), 72, 4-18.

Tabla 5 Principales tratamientos antes del diagnóstico, en fase aguda y de mantenimiento. Distribución por grupos de edad y total (recuentos y porcentajes)

	Neonatos		1–3 meses		> 3–11 meses		≥ 12 meses		Total		p
Corticoides parenterales	39	10,7%	96	7,4%	165	4,9%	24	4,7%	324	5,8%	<0,001
Bromuro de ipratropio	11	3%	49	3,8%	181	5,4%	42	8,2%	283	5,1%	<0,001
CPAP nasal	44	12%	43	3,3%	18	0,5%	4	0,8%	109	2%	<0,001
Helioox	12	3,3%	34	2,6%	11	0,3%	1	0,2%	58	1%	<0,001
Ribavirina inhalada	2	0,5%	1	0,1%	5	0,1%	0		8	0,1%	0,15
Ventilación A. intubado	17	4,7%	17	1,3%	5	0,1%	0		39	0,7%	<0,001
Antibióticos	102	28,7%	338	26,7%	873	26,6%	182	36,4%	1.495	27,6%	<0,001
Humidificación	36	10,1%	129	10,2%	374	11,3%	76	15,4%	615	11,4%	0,017
Lavados nasales	218	61,9%	675	55%	1.526	47,8%	230	46,7%	2.649	50,3%	<0,001
Aspiración de vías respiratorias	208	58,3%	582	46%	1.093	33,1%	149	30%	2.032	37,5%	<0,001
Mantenimiento											
Antitusígenos	2	0,6%	12	0,9%	31	1%	3	0,6%	48	0,9%	0,76
Descongestivos	9	2,5%	35	2,8%	116	3,6%	24	4,8%	184	3,5%	0,136
Mucolíticos											
β_2-oral	24	6,8%	123	9,7%	341	10,7%	42	8,3%	530	10%	0,061
β_2-inhalado	94	26,7%	466	37%	1.677	52,5%	298	58,8%	2.535	47,7%	<0,001
Antibióticos	23	6,6%	100	7,9%	304	9,5%	63	12,5%	490	9,2%	0,037
Corticoides orales	42	11,9%	155	12,2%	524	16,4%	74	14,7%	795	15%	0,002
Corticoides inhalados	12	3,4%	44	3,5%	149	4,7%	33	6,6%	238	4,5%	0,025
Bromuro de ipratropio	9	2,6%	12	1%	59	1,9%	8	1,6%	88	1,7%	0,096
Montelukast	2	0,6%	2	0,2%	40	1,3%	6	1,2%	50	0,9%	0,006

En algunas variables hay casos con datos no especificados por lo que los recuentos no suman el total.

Previos DCO: anitusivos, descongestivos, B2 , antibióticos, corticoide orales e inhalados etc..

Fase aguda: Oxigeno, Suero IV, antibiótico oral y parenteral, Fisioterapia, Ribavarina, etc..

Mantenimiento: antitusivos, descongestivo, B2 oral, B2 inhalados, antibióticos, corticoides orales e inhalados

Alternativas: **Medidas generales de soporte:**

- **Los niños deben estar semi-incorporados para facilitar la respiración. Se les puede realizar lavados nasales con suero fisiológico.**
- **La alimentación deberá ser en forma de tomas más fraccionadas; en caso de existir intolerancia total, se pautará fluidoterapia intravenosa.**

Oxígeno: Es el único tratamiento eficaz. Está indicado cuando existen signos clínicos de hipoxia o la Sat O2 es < 92%.

Adrenalina 1/1000: Parece que puede producir una mejoría en los inhalada parámetros clínicos a corto plazo (probablemente por su efecto alfa adrenérgico), pero no tiene efecto sobre las tasas de hospitalización.

Excepciones o matizaciones: 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 estará indicada cuando se sospeche neumonía u otro

Fundamento y evidencias:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació 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. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM. Nº 2007/05.

González de Dios, J., & Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo de Revisión del Proyecto aBREVIADo (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. An Pediatr (Barc) (Vol. 72, p. 285).

Prevention, Diagnosis and Treatment of Pediatric Bronchiolitis . Guideline Syntesis de:

Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC). Evidence-based care guideline for management of first time episode bronchiolitis in infants less than 1 year of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2010 Nov 16. 16 p. [14 references]

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Nov. 41 p. (SIGN publication; no. 91).

disponible en http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=36483

González de Dios, J., & Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo Investigador del Proyecto aBREVIADo (Bronquiolitis) Estudio d Variabilidad Idoneidad y Adecuación). Estudio de variabilidad en el abordaje de la bronquiolitis aguda en España en relación con l edad de los pacientes. An Pediatr (Barc), 72, 4-18.

Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en l transmisión del conocimiento. Evid Pediatr. 2007;3:88.

http://www.aepap.org/gvr/pdf/resumen_bronquiolitis_p_gvr_4_2009.pdf

Etc…

Balance entre beneficios y riesgos:

Existe un predominio de riesgos (exposición a medicación innecesaria, con potenciales efectos adversos), frente a los beneficios inexistentes (posibilidad de mejoría en el seguimiento de algunos pacientes contradictoria y datos no consistentes).

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.

(Folletos Consejería)

Habitualmente no se requiere el empleo de pruebas complementarias en el manejo de la BA.

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.

El seguimiento de las recomendaciones actualizadas sobre BA en el servicio de urgencias del H. Infantil Virgen del Rocío.

Como facilitador disponer de la Posibilidad de Pulsioximetro con transductor neonatos / lactantes pequeños, reorganización del seguimiento en consulta

Estrategias de mejora de la calidad han demostrado que se consiguen tasas más bajas de la atención innecesaria en niños hospitalizados con bronquiolitis viral que son la norma.

CONCEPTO DE GESTIÓN CLÍNICA

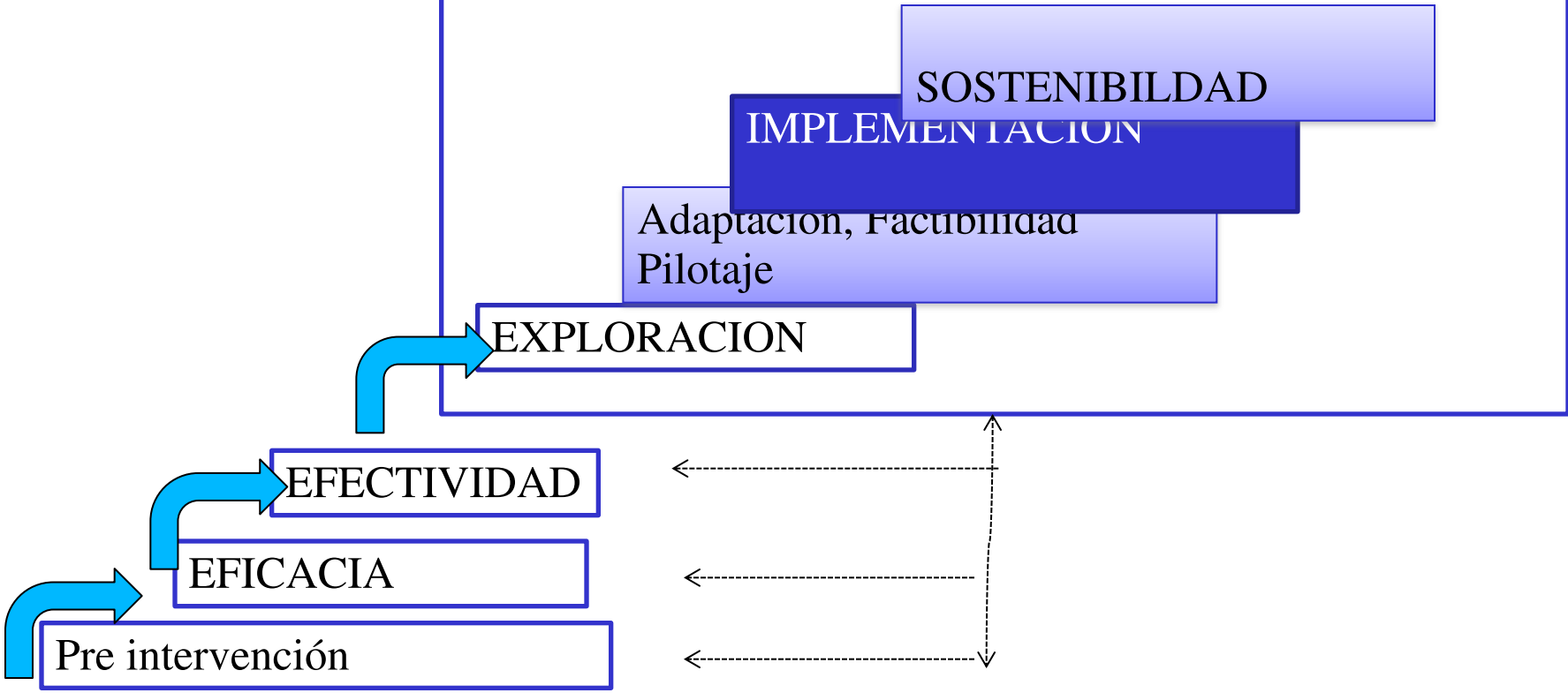
Hacer bien lo que hay que hacer *(decisión coste-efectiva)*

- *Fundamento científico*
- *Mejora del bienestar del ciudadano*
- *Dimensión social (recursos)*

- ***GESTIÓN*: Coordinar y motivar a un grupo de personas para alcanzar determinados objetivos**
- ***CLÍNICA*: Toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas**

Vicente Ortún Rubio

ESTUDIOS DE IMPLEMENTACIÓN

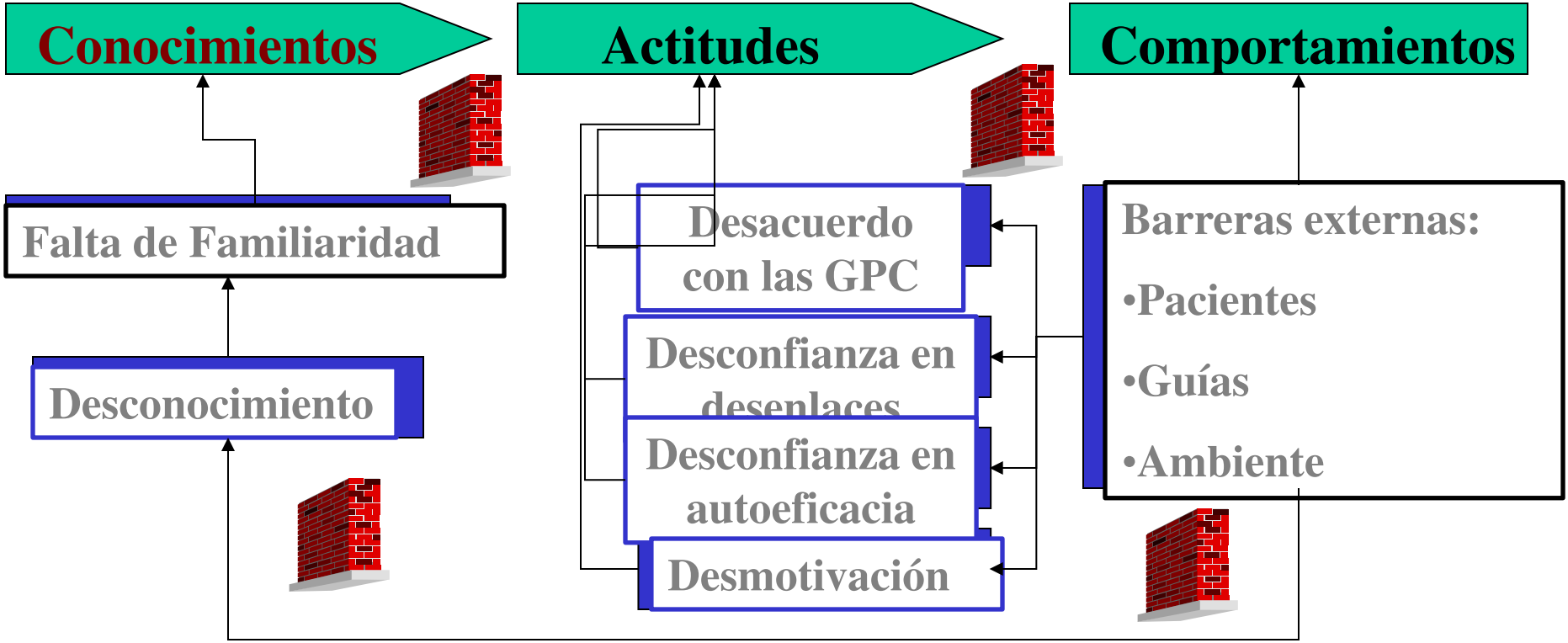


Hilary Pinnock et al. BMJ 2017;356:bmj.i6795

thebmj

Implementación en la Práctica Clínica

Barreras para la adopción de GPC en relación a los cambios de comportamiento



Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

i+cs Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Anexo 2. Tabla análisis barrerar y facilitadores para la implementación.

Ámbito	Elementos barrera	Elementos facilitadores	Grado de influencia en el plan de implementación
Profesionales: Conocimientos sobre las recomendaciones a implantar. Nivel de formación y habilidades necesarias sobre evidencias.			
Profesionales: Actitud general hacia las recomendaciones y sobre el uso de guías o recomendaciones basadas en la evidencia (p.ej.: en relación a la libertad clínica, falta de capacidad para aplicarla, etc.)			
Profesionales: Actitud específica sobre determinados componentes de la recomendación de no hacer (p.ej desacuerdo con la interpretación de la evidencia presentada, con su aplicabilidad a un tipo de pacientes, etc.)			
Pacientes: expectativas respecto al problema de salud, temores y demandas. Posibilidad de participar en las decisiones en distintos grupos de población.			
Entorno: Contexto social y opiniones dominantes. Presión externa por medios de comunicación y otros canales.			
Entorno: Organizativo y económico: tiempo disponible, espacios físicos, incentivos profesionales, etc. Posibilidad de trabajo en equipo y multidisciplinar.			

Metodología para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica

Implementación. Banco de Experiencias

IMPLEMENTAR GUÍAS
Selección de herramientas

CONSULTAR INDICADORES
Programa del SNS

CONOCER EXPERIENCIAS
Banco de Experiencias

ENVIAR EXPERIENCIAS
Formulario

Compartir el conocimiento puede ser útil para otros grupos que vayan a desarrollar proyectos de implementación

CONTENIDOS TALLER

Objetivo

Alumnos en grupos para cada una de las intervenciones

+Fundamentar una intervención

+ Formular una recomendación

+ Analizar las barreras

+ Seleccionar estrategias de difusión e implementación

Plan de trabajo en Taller

- **Elección de línea de trabajo y ficha para implantar.**
- **Valorar la práctica actual en tu entorno.**
- **Analizar barreras y facilitadores para el cambio (inercias, rutinas, creencias, expectativas, presiones externas, etc.).**
- **Posibilidad de usar indicadores para seguir los cambios.**
- **Herramientas: actividades de formación, elaboración de propuestas alternativas, recursos socioeducativos y de promoción de la salud, etc.**

Ficha de intervenciones no recomendadas.

Estudios de neuroimagen en cefaleas crónicas infantiles

Recomendación:
En niños y adolescentes con cefaleas crónicas, después de una adecuada valoración clínica, que evalúe los síntomas y exploración neurológica normal, no están justificados los estudios de neuroimagen. Se debería evitar que la preocupación excesiva de los padres desdencadene la realización de una prueba no necesaria desde el punto de vista médico

Alternativas: Utilizar GUÍA DE TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON CEFALEA, realizada en conjunto con las Unidades de Neuropediatria de Sevilla (disponible en Intranet distrito)

Excepciones o matizaciones: Indicaciones de neuroimagen en niños (de 3 a 18 años) con dolores de cabeza recurrentes que no están asociados con un traumatismo agudo , fiebre , u otra causa provocadora obvia pueden incluir (pero no están limitados a) :

- Examen neurológico anormal y/o convulsiones
- Aparición reciente de fuerte dolor de cabeza
- Cambio en el tipo o carácter del dolor de cabeza (para niños con dolores de cabeza recurrentes o crónicos)
- La sospecha de meningitis , encefalitis o sinusitis con extensión intracraneal
- Dolor de cabeza severo en un niño con enfermedad subyacente que predispone a la patología intracraneal (por ejemplo , la deficiencia inmune, la enfermedad de células falciformes, la neurofibromatosis, la historia de la neoplasia , coagulopatía, hipertensión)

Fundamento y evidencias:
En una revisión sistemática de seis estudios en los que 605 de 1.275 niños con dolores de cabeza recurrentes se sometieron a la neuroimagen , anomalías en las imágenes fueron encontradas en 97 niños (16 por ciento) . Sin embargo, en 79 de estos niños , las anomalías no requerían intervención adicional. Entre los 18 niños restantes, 14 tenían lesiones que requieren cirugía (10 tumores, malformaciones vasculares tres, uno quiste aracnoideo con efecto de masa) , y cuatro tenían lesiones que requirieron tratamiento médico. Todos los niños que tenían lesiones tratables quirúrgicamente tenían hallazgos anormales en la exploración neurológica , incluyendo edema de papila , movimientos anormales de los ojos , o disfunción motora o manera de andar .

Campos Castelló J, San Antonio Arce V . Cefalea en la infancia. Neurología Pediátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Protocolos actualizados al año 2008 Asociación Española de Pediatría disponible en www.aeped.es/protocolos/ (acceso agosto 2012)

Derives A, Young PC, Wall E, Getchius TS, Li CH, Whitney J, Rosenberg A. CT Scan Utilization Patterns in Pediatric Patients With Recurrent Headache. Pediatrics. 2013 Jun 24.

Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, Jarjour I; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2002 Aug 27;59(4):490-8

Balance entre beneficios y riesgos:
El rendimiento de la neuroimagen en la detección de anormalidades intracraneales clínicamente significativos en los niños sin alteraciones neurológicas es extremadamente bajo, frente a los efectos adversos de la radiación y los problemas generados por los falsos positivos.

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.
Se dispone en la Intranet del Distrito un protocolo de Cefaleas realizada con toda las Unidades de Neuropediatria de Sevilla que facilita la implementacion

Técnicas de imagen en la sinusitis aguda pediátrica

Recomendación:

Las técnicas de imagen (Rx de senos, Tac y RM) no están indicadas en el estudio de la sinusitis aguda pediátrica no complicada y deberían reservarse para la sinusitis persistente, recurrente o crónica y ante la sospecha de una complicación.

Alternativas:

- La **endoscopia sinusal** ha mostrado correlación adecuada con los hallazgos de la TC, pero no es una técnica utilizable de forma rutinaria.

- La **transiluminación o diafanoscopia** es muy poco fiable en Pediatría, pues los senos son de pequeño tamaño, y los hallazgos, difíciles de valorar y en cualquier caso aplicables solo a senos maxilares.

- **La ecografía** portátil de senos paranasales es mucho más prometedora, pero aún poco conocida y practicada. Es una exploración rápida, simple y de carácter no invasivo. El procedimiento es indoloro, se puede repetir ilimitadamente, es de interpretación sencilla y no irradia al niño. Esta técnica, en manos expertas, ha demostrado una sensibilidad (>86%) y especificidad (>96%) muy superiores a las de la radiología, para determinar la presencia de exudado de los senos maxilares. No obstante, también tiene sus limitaciones: no sirve para el diagnóstico de la sinusitis etmoidal ni esfenoidal, y el coste del utillaje dificulta su incorporación sistemática a la consulta del pediatra.

Excepciones o matizaciones: Definición precisa de la sinusitis aguda bacteriana frente a otros porcesos.

- **Sinusitis aguda bacteriana:** infección bacteriana de los senos paranasales, de duración inferior a 30 días y con resolución completa de los síntomas.
- **Sinusitis subaguda:** infección bacteriana de los senos paranasales de duración entre 30 y 90 días. Presenta una microbiología similar a la aguda.
- **Sinusitis aguda recurrente:** episodios de infección bacteriana que duran menos de 30 días y están separados entre sí al menos 10 días, durante los cuales el paciente está asintomático. El paciente debe presentar 3 episodios de sinusitis aguda en 6 meses, o 4 en 12 meses.
- **Sinusitis crónica:** episodios de inflamación que duran más de 90 días. Los pacientes mantienen síntomas respiratorios (tos, rinorrea, obstrucción nasal) residuales persistentes.
- **Sinusitis crónica con episodios de sinusitis aguda bacteriana:** los pacientes desarrollan nuevos síntomas que se resuelven con antibiótico, mientras que los previos siguen persistiendo.

El diagnóstico de sinusitis bacteriana debe realizarse según criterios clínicos, y reservar la realización de pruebas complementarias ante la sospecha de complicaciones, mala respuesta al tratamiento, procesos recurrentes o situaciones clínicas especiales como inmunodepresión

o enfermedad grave de base.

Fundamento y evidencias:

Martinez Campos L, Albañil Ballesteros R, de la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artigao F, Alfayate Miguelez S, Moraga Llop F, Cilleruelo Ortega MJ, Calvo Rey C. [Consensus document on the aetiology, diagnosis and treatment of sinusitis. An Pediatr (Barc). 2013 Jun 10.

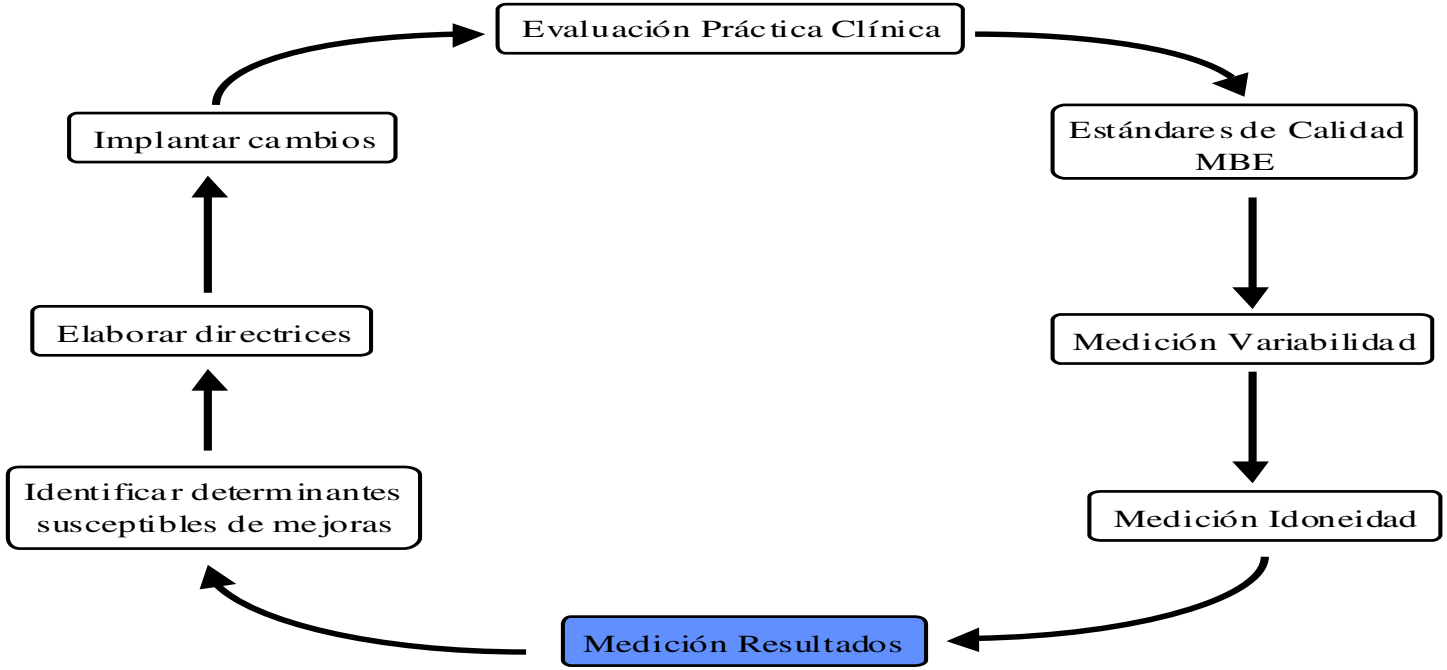
Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, Nelson CE, Rosenfeld RM, Shaikh N, Smith MJ, Williams PV, Weinberg ST. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. Pediatrics. 2013 Jun 24. [Epub ahead of print]

Balance entre beneficios y riesgos: Podemos concluir que los estudios de imagen no están indicados en el estudio de la sinusitis aguda pediátrica no complicada, y deberían reservarse para el estudio de la sinusitis persistente, recurrente, crónica o ante sospecha de complicación.

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.

- **La radiología convencional** de senos ha sido tradicionalmente una herramienta para el diagnóstico, pero en Pediatría es una prueba complementaria sensible aunque poco específica. Los signos más frecuentemente encontrados, la opacificación de senos y la hipertrofia de la mucosa superior a 4 mm, tienen escaso valor predictivo positivo, puesto que son habituales en niños sanos o con resfriado común, rinosinusitis vírica o rinitis alérgica. Un 35-50% de niños sanos entre uno y nueve años y hasta el 97% de los pacientes con un cuadro catarral concomitante o reciente presentan falsos positivos.El nivel hidroaéreo, de mayor especificidad, es un hallazgo poco frecuente. La radiología debería considerarse únicamente en situaciones de fracaso terapéutico o clínica grave con sospecha de complicaciones intracraneales.
- **La TC** es más fiable, pero también puede estar alterada en niños con cuadro catarral leve y sin criterios clínicos de sinusitis, requiere en muchas ocasiones de sedación y la irradiación necesaria supera a la de la radiología simple. Sin embargo, si se precisa alguna técnica de imagen, es la que ofrece mejor rendimiento diagnóstico. La TC debe hacerse urgentemente en caso de proptosis, alteración del movimiento ocular o de la visión, cefalea intensa, vómitos repetidos, convulsiones o alteración del sensorio.
- **La resonancia magnética** (RM) tiene un elevado coste y también requiere frecuentemente de sedación. Define peor que la TC la estructura ósea del complejo osteomeatal, y también presenta alteraciones en cuadros catarrales aunque es más sensible en la detección precoz de complicaciones intracraneales, en la diferenciación entre inflamación y tumor y en la sinusitis crónica micótica (muy rara en niños

Ciclo de la Calidad



Resumen

Más no siempre es mejor. Lo difícil es encontrar lo adecuado para cada caso y conseguir mejores resultados.

Habilidades a fomentar:

- Buena comunicación con los pacientes, búsqueda de la colaboración y confianza.
- Información objetiva sobre los riesgos y limitaciones de las pruebas y los tratamientos, valorando el balance con los posibles beneficios.
- Capacidad de valorar los recursos disponibles y usar solo lo necesario para cada paciente.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

jruizcanela@gmail.com