

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos valorados críticamente

La bronquiolitis aguda sigue siendo una enfermedad sobretratada en el ámbito hospitalario

Jullien S¹, Buñuel Álvarez JC²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. (España).

²Àrea Bàsica de Salut Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. (España).

Correspondencia: Sophie Jullien sophjullien@gmail.com

Palabras clave en inglés: physician's practice patterns; practice guidelines as a topic; bronchiolitis; drug therapy.

Palabras clave en español: pautas en la práctica de los médicos; guías de práctica clínica como asunto; bronquiolitis; tratamiento farmacológico.

Fecha de recepción: 11 de enero de 2011 • **Fecha de aceptación:** 4 de febrero de 2011

Fecha de publicación en Internet: 9 de febrero de 2011

Evid Pediatr. 2011;7:17.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Jullien S, Buñuel Álvarez JC. La bronquiolitis aguda sigue siendo una enfermedad sobretratada en el ámbito hospitalario. Evid Pediatr. 2010;7:17.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del E-TOC en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2011;7:17>

©2005-11 • ISSN: 1885-7388

La bronquiolitis aguda sigue siendo una enfermedad sobretratada en el ámbito hospitalario

Jullien S¹, Buñuel Álvarez JC²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. (España).

²Àrea Bàsica de Salut Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. (España).

Correspondencia: Sophie Jullien sophjullien@gmail.com

Referencia bibliográfica: De Brasi D, Pannuti F, Antonelli F, de Seta F, Siani P, de Seta L. Therapeutic approach to bronchiolitis: why pediatricians continue to overprescribe drugs? *Ital J Pediatr.* 2010;36:67.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: la sobreutilización de fármacos es muy frecuente entre los pediatras hospitalarios en el tratamiento de la bronquiolitis aguda y parece relacionarse con la percepción, por parte del pediatra, de enfermedad grave del niño y con el sentimiento asociado de “tener que hacer algo”, sea por presión parental o por seguridad personal.

Comentario de los revisores: para reducir la variabilidad injustificada en el manejo terapéutico de la bronquiolitis aguda y el uso excesivo de fármacos de eficacia no demostrada es necesario conseguir que las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en pruebas ya existentes se apliquen. Es preciso que las guías no sean percibidas por el profesional como una imposición por parte de las instituciones sanitarias sino como un instrumento que mejora la atención de los pacientes con bronquiolitis aguda.

Palabras clave: pautas en la práctica de los médicos; guías de práctica clínica como asunto; bronquiolitis: tratamiento farmacológico.

Acute bronchiolitis remains an overtreated disease in the hospital

Abstract

Authors' conclusions: unnecessary use of medication is very common among hospital pediatricians in the treatment of acute bronchiolitis, and this seems related to the perception by the pediatrician of the child's severity, and the associated feeling of “having to do something” because of parental pressure or legal protection.

Reviewers' commentary: to reduce unwarranted variability in the management of acute bronchiolitis and excessive use of ineffective drugs, it's necessary to ensure that recommendations from evidence-based clinical practice guidelines based are applied. It's necessary that guidelines are not perceived by the professional as an imposition by health institutions, but as a tool that improves the care of patients with acute bronchiolitis.

Keywords: physician's practice patterns; practice guidelines as a topic; bronchiolitis: drug therapy.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: analizar los motivos de la prescripción de fármacos por los pediatras en el tratamiento hospitalario de la bronquiolitis aguda (BA).

Diseño: estudio descriptivo prospectivo.

Emplazamiento: hospitalario. Dos hospitales de Nápoles (Italia).

Población de estudio: niños ingresados por BA durante el invierno 2008-2009. Se seleccionaron lactantes menores de 12 meses con primer episodio de infección del tracto respiratorio inferior y al menos una de las siguientes características: tos y rinitis, sibilancias, subcrepitantes, taquipnea, uso de músculos respiratorios y/o aleteo nasal, SatO₂ baja, cianosis, con/sin fiebre. Se excluyeron niños con inmunodeficiencias, fibrosis quística, displasia broncopulmonar o cardiopatía congénita. La muestra obtenida se compuso de 90 niños, aunque se excluyeron seis pacientes (dos por displasia broncopulmonar y cuatro por cardiopatía congénita).

Medición del resultado: se evaluó la gravedad con la escala Respiratory Distress Assessment Instrument (RDAI). Se consideró bronquiolitis leve-moderada aquella con una puntuación $RDAI \leq 8$ y grave aquella con $RDAI \geq 9$. Se evaluó la condición social desfavorecida considerando el nivel de estudios de los padres y el área de ubicación del domicilio, clasificándose a los pacientes “de riesgo” y “de no riesgo” según estas variables. En los hospitales existía una guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la BA, aunque los pediatras no recibieron ningún programa de entrenamiento para su uso. Se recogieron los motivos de prescripción de los 30 pediatras de los hospitales participantes mediante un cuestionario específico para determinar el motivo de prescripción de los fármacos utilizados (antibióticos, esteroides y broncodilatadores) con varias respuestas posibles por fármaco.

Resultados principales: la edad media de los pacientes fue 3,5 meses. La estancia media fue de 4,8 días. Se aplicó la escala RDAI a 77 pacientes de los cuales 32 (41,5%) presentaron una puntuación ≥ 9 al ingreso. Procedían de áreas sociales “de riesgo” 61 lactantes (72,6%). De 30 pacientes que no cumplían criterios clínicos de hospitalización, 22 (73,3%) eran “de riesgo”. Estos niños tenían puntuaciones RDAI similares a los “de no riesgo”. No hubo diferencias significativas entre la estancia media hospitalaria y el nivel social. En cuanto a la prescripción de fármacos, 42 niños (50%) recibieron antibióticos, 72 (85,7%) corticoides y 77 (91,6%) broncodilatadores. Todos los niños ingresados recibieron algún fármaco durante su estancia hospitalaria. No existió relación entre la prescripción farmacológica y la gravedad clínica (escala RDAI) y la condición social desfavorecida.

Las respuestas de los cuestionarios para analizar los motivos de prescripción de los pediatras mostraron que los fármacos fueron administrados principalmente por la percepción de gravedad clínica (43% en el caso de antibióticos, 36% para esteroides y 22% para broncodilatadores), según la exploración torácica (21% para broncodilatadores y 20% para esteroides) o al constatar mejoría del cuadro después de su administración (37% para broncodilatadores y 15% para esteroides). En una minoría de casos, fueron prescritos “solo para hacer algo y/o por seguridad personal”.

Conclusión: el uso de fármacos es muy frecuente entre los pediatras hospitalarios en el tratamiento de la BA y parece relacionarse con la percepción, por parte del pediatra, de enfermedad grave del niño y con el sentimiento asociado de “tener que hacer algo”, sea por presión parental o por seguridad personal.

Conflictos de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: la variabilidad injustificada en el manejo diagnóstico y terapéutico de la BA es un hecho, pese a existir GPC correctamente diseñadas^{1,2}. Diversos fármacos (corticoides, bron-

codilatadores, antibióticos) han sido ensayados, con resultados desalentadores. Sin embargo, se siguen utilizando. Conocer qué es lo que motiva a los médicos a seguir prescribiendo medicamentos de ineficacia demostrada es importante para establecer las medidas correctoras pertinentes. Por todo ello, estudios como el aquí valorado son necesarios.

Validez o rigor científico: las características clínicas de los pacientes ingresados y los tratamientos e intervenciones que recibieron están adecuadamente descritas. Se repartió a los pediatras una encuesta en la cual se les preguntaba por sus motivos para prescribir antibióticos, corticoides y broncodilatadores. Una limitación de la encuesta es que era cerrada, si bien las opciones de respuesta eran numerosas y los participantes podían marcar más de una opción. Sin embargo, entre estas no figuraba la opción “no suelo prescribir este fármaco”. Este hecho podría explicar en parte la disparidad del número de respuestas obtenidas según el tipo de fármaco, oscilando entre 76 –antibióticos– y 57-58, respectivamente, en el caso de los broncodilatadores y corticoides. Esta disparidad en el número de “no respuestas” queda sin explorar. Tampoco se indica qué número de pediatras, de los 30 a los que se les propuso participar, respondieron la encuesta, por lo que no sabemos el porcentaje de no respondedores, si es que los hubo. Estas limitaciones recomiendan una interpretación cautelosa de los resultados de este estudio.

Importancia clínica: la heterogeneidad del manejo diagnóstico y terapéutico constatada en este estudio es similar a la registrada en España, tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario³. También llama la atención el excesivo uso de fármacos cuya eficacia se ha demostrado dudosa o nula (antibióticos, corticoides, broncodilatadores)^{1,2}. La importante carga de la enfermedad, que afecta a un 10% de los lactantes durante cada temporada epidémica, de los que hasta un 5% precisa ingreso¹, unida al uso excesivo de fármacos de probada ineficacia, hace que el coste económico de la enfermedad sea de gran magnitud. En España, el coste por caso de BA ingresado era de 2750 \$ en 2002, de 2200 \$ en Holanda y hasta de 9000 \$ en Estados Unidos⁴. La correcta implementación de las GPC ya existentes podría reducir los costes asociados al tratamiento de la enfermedad, al establecer de forma clara la ineficacia de los tratamientos farmacológicos analizados en este estudio.

Aplicabilidad en la práctica clínica: para reducir la variabilidad injustificada en el manejo terapéutico de la BA y la sobreutilización de fármacos de ineficacia probada o muy dudosa, es necesario conseguir que las recomendaciones de las GPC se apliquen. Es prioritario, por lo tanto, que las instituciones sanitarias que las promueven trabajen intensamente en estrategias eficaces de implementación, algunas de las cuales ya han mostrado su eficacia en el manejo hospitalario de la BA⁵. Dentro de esas estrategias, es preciso que las GPC no sean percibidas por el profesional como una imposición por parte de las instituciones sanitarias, sino como un instrumento que mejora la atención de los pacientes y también (con el fin de vencer la “mentalidad defensiva”) como un documento oficial que va a respaldar su actuación médica en el caso de posibles litigios legales. Una imple-

mentación eficaz podría repercutir en una disminución de la duración del ingreso si se aplicara una intervención tan sencilla y barata como la nebulización de suero salino hipertónico, que ya ha demostrado su eficacia para disminuir la duración de la estancia hospitalaria⁶ y que es una intervención respaldada por las dos GPC vigentes en nuestro medio^{1,2}.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. N.º 2007/05.
2. Grupo Revisor y Panel de Expertos de la Conferencia de Consenso sobre Bronquiolitis Aguda. Manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda [en línea][fecha de consulta: 7-I-2011]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_463_Bronquiolitis_compl.pdf
3. González de Dios J, Ochoa Sangrador C; Grupo Investigador del Proyecto 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)*. 2010;72:4-18.
4. Díez Domingo J, Ridaó López M, Úbeda Sansano I, Ballester Sanz A. Incidencia y costes de la hospitalización por bronquiolitis y de las infecciones por virus respiratorio sincitial en la Comunidad Valenciana. Años 2001 y 2002. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:325-30.
5. Olivares Grohnert M, Buñuel Álvarez JC. Un sistema de prescripción asistida por ordenador con acceso a información médica basada en pruebas puede contribuir a mejorar el tratamiento hospitalario de la bronquiolitis. *Evid Pediatr*. 2007;3:37.
6. 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.