

# Bronquiolitis aguda: estrategias para la mejora continua

M. Montejo Fernández<sup>1</sup>, M. Pérez de Saracho Taramona<sup>2</sup>, N. Paniagua Calzón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. CS Rontegi. Barakaldo-Sestao. Bizkaia. España.

<sup>2</sup>Pediatra. CS Rontegi. Portugalete. Bizkaia. España.

<sup>3</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

## INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es la “epidemia de los más pequeños”, con un gran impacto sanitario, económico y social. Representa el principal motivo de ingreso en los menores de un año y es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias pediátricos. En el ámbito de Atención Primaria (AP), los datos de incidencia y de coste del manejo de la enfermedad son muy limitados y probablemente, el impacto de la BA no sea bien conocido por los propios profesionales sanitarios. Según los datos de la base de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la BA es uno de los problemas de salud más frecuentes en la infancia<sup>1</sup>. Además, es importante señalar que la mayoría de los episodios de BA son manejados ambulatoriamente.

Sin embargo, a pesar de ser una de las enfermedades pediátricas más frecuentes y de disponer de una amplia bibliografía sobre el tratamiento, e incluso de guías de práctica clínica<sup>2</sup> con recomendaciones restrictivas sobre el empleo de fármacos broncodilatadores, corticoides y antibióticos, la BA se ha convertido en paradigma de exceso de uso de intervenciones y tratamientos innecesarios, con gran variabilidad en su indicación tanto en el medio hospitalario como en AP<sup>3</sup>. Tanto la variabilidad en la práctica clínica como el exceso de uso de fármacos amenazan la seguridad del paciente en términos de iatrogenia y efectos secundarios, además de incrementar los costes sanitarios. Esto es especialmente importante en el caso de la BA,

patología en la que está demostrado que intervenciones menos “agresivas”, “no hacer”, conduce a los mismos o mejores resultados.

Parece, por tanto, que son precisas iniciativas para conseguir un cambio en el manejo de la BA<sup>4</sup>. Para conocer la realidad de la BA en el entorno de AP, en el año 2015 se inició la recogida y análisis de datos del número de episodios de BA atendidos en dos áreas urbanas de Bizkaia y del uso de fármacos en estos episodios. El análisis de los datos mostró que más del 50% de los lactantes diagnosticados de BA habían sido tratados con fármacos, lo que generó una propuesta de mejora en el manejo de BA durante la epidemia 2016-2017, consistente en informar a los profesionales de estos datos de prescripción y la difusión de un protocolo de manejo de la BA actualizado, basado en las guías de práctica clínica sobre esta enfermedad más reconocidas. Esta iniciativa supuso una disminución significativa en el uso de tratamientos innecesarios, con un descenso global del uso de fármacos de un 20%<sup>5</sup>. Incorporando nuevas acciones en la metodología de mejora continua, como el recuerdo continuo a los profesionales de buenas prácticas y de los datos de prescripción semanal, durante la epidemia 2017-2108 se puso en marcha la campaña “Bronquiolitis aguda: menos es más”, campaña integrada con el Servicio de Urgencias de Pediatría de Hospital Universitario Cruces, consiguiendo una reducción de la prescripción de broncodilatadores muy importante en los dos niveles asistenciales, pasando en el caso de AP de un 38 a un 15% (datos aún no publicados). El ciclo de mejora continua en la actualidad, con la elaboración de la “Ruta asistencial de la

**Cómo citar este artículo:** Montejo Fernández M, Pérez de Saracho Taramona M, Paniagua Calzón N. Bronquiolitis aguda: estrategias para la mejora continua. Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(3):127-9.

BA, AP y Urgencias de Pediatría”, incorporando la experiencia de las familias y de los profesionales, y que se implementará en la epidemia 2018-2019.

Las claves para el éxito de todas estas iniciativas creemos que han sido el conocimiento de la práctica clínica en AP en nuestro entorno y la integración de las iniciativas de mejora con el ámbito hospitalario. Proporcionar a los profesionales de AP los datos de incidencia y de prescripción en los episodios de BA en AP ha servido como punto de inflexión y reflexión, asumiendo el problema como propio y no solo del medio hospitalario o de otros países o comunidades. Por otra parte, en esta ocasión, a diferencia de experiencias previas donde el hospital o la organización sanitaria eran los que proponían iniciativas de cambio en la práctica clínica, los pediatras de AP nos hemos convertido en referentes y líderes del cambio. El cambio promovido desde dentro tiene especial relevancia cuando se trata de provocar modificaciones en la actitud de un colectivo profesional. Por otra parte, la integración con el Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital de referencia, y el trabajo en equipo, con la adopción de las mismas medidas de mejora, están siendo fundamentales no solo para la reducción inicial del uso de fármacos innecesarios, sino para la consecución final de uno de los grandes retos en el manejo de la BA, que es la uniformidad en el manejo entre los distintos perfiles y ámbitos profesionales. Además, la colaboración con otros profesionales como técnicos de calidad, documentalistas, etc., está siendo clave para la planificación, diseño e implementación de las medidas de mejora.

Dentro de las medidas o acciones de mejora, una de las de mayor impacto ha sido el recordatorio continuo a los profesionales de las buenas prácticas en BA. Como ejemplo, se han enviado de forma periódica los datos de prescripción de salbutamol de los diferentes centros, asociados a los datos de uso de la urgencia de referencia, generándose un *feedback* continuo sobre el uso de medicación. Además, con el objetivo de crear conciencia sobre medicina apropiada, “buenas prácticas”, se han proporcionado pins con el lema “Bronquiolitis, menos es más” para colocar en las batas, pósteres con mensajes claves sobre el manejo de esta patología y se han organizado sesiones formativas e informativas a lo largo de la epidemia.

Pero aún hay un amplio margen de mejora y con el objetivo de consolidar lo ya conseguido y continuar con la mejora, pensamos que es importante conocer y analizar cuáles son las barreras y factores limitantes que impiden o dificultan trasladar las recomendaciones de expertos y la evidencia científica a nuestra práctica clínica. Por este motivo, hemos realizado una encuesta a los pediatras de AP de ambas organizaciones sobre cuáles son

las limitaciones y obstáculos a la hora de introducir mejoras en el manejo de la BA y hemos comprobado que, en realidad, no se trata de falta de conocimiento o de formación sobre las recomendaciones, sino la falta de implementación de estas. La falta de tiempo, consultas saturadas, falta de material adecuado, etc., se señalan de forma recurrente como barreras para la mejora en la práctica clínica. Estas dificultades que los profesionales encontramos en el día a día pueden explicar parcialmente el manejo no apropiado de esta patología, pero existe otro factor limitante de gran impacto, que es la creencia que la propia experiencia clínica supera a la evidencia y por tanto interpretar que el cambio no es tan necesario. Para superar estas barreras, se requiere la implicación de las organizaciones sanitarias que deben facilitar a los profesionales no solo formación continuada sino también información sobre su actividad clínica y herramientas de gestión que permitan diseñar indicadores y estándares de calidad propios sobre las enfermedades pediátricas más habituales. Finalmente, otra de las barreras señaladas por los pediatras para una correcta práctica clínica es la actitud de las familias. Las características de esta enfermedad condicionan que las familias demanden en muchas ocasiones soluciones farmacológicas. Sin embargo, cuando se pregunta a las familias, estas valoran como principales barreras el desconocimiento de la enfermedad y los mensajes contradictorios sobre el tratamiento que reciben de diferentes profesionales. Estas percepciones no son exclusivas de la BA y ponen de manifiesto la importancia de implicar a las familias en los procesos de mejora.

Durante la epidemia 2017-2018 se ha iniciado el trabajo con las familias, con el objetivo de incorporarlas al proceso de mejora de la BA. En esta fase de la mejora es fundamental saber qué piensan, qué necesitan y cómo se sienten las familias. Para ello se ha utilizado la herramienta Customer Journey Map o mapa de experiencia del usuario, que permite plasmar cada una de las etapas, interacciones, canales y elementos por los que atraviesan las familias desde que entran en contacto con el sistema sanitario hasta que están en sus casas. El mapa de la experiencia del usuario en el proceso de la BA ha puesto en evidencia importantes áreas de mejora en cada uno de los pasos analizados, mostrando a los profesionales y las organizaciones sanitarias el esfuerzo que debemos hacer para empatizar con las familias, mejorar la comunicación con ellas y la necesidad real de integrarlas en el proceso de mejora.

Igualmente, se ha trabajado con los profesionales de distintos perfiles y ámbitos de actuación (AP, urgencias, hospitalización y otros puntos de atención pediátrica), mediante metodología de trabajo en grupo y grupos focales centrados en apartados concretos del proceso.

Todo este trabajo ha culminado en la ruta asistencial de BA de AP y Urgencias de Pediatría que recoge la experiencia de las familias y que es el punto de partida, para un trabajo integrado y colaborativo, con un objetivo claro de mejora del manejo de esta patología tan eminentemente pediátrica y teniendo claro, que las familias tienen mucho que decir y aportar cuando se trata de la salud de sus hijos. En una patología como la BA, tan desagradecida desde un punto de vista terapéutico, educar a las familias, proporcionarles recursos y empoderarlas para la toma de decisiones son los pasos más importantes en todo el proceso de mejora y el estímulo clave que facilite a los profesionales la mejora en la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Base Datos Clínicos Atención Primaria (BDCAP) [en línea] [consultado el 18/09/2018]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
2. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Bailey JE, Gadomski AM, *et al.* Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;34:e1474-e1502.
3. Schuh S, Babl FE, Dalziel SR, Freedman SB, Macias CG, Stephens D, *et al.* Practice Variation in acute bronchiolitis: a pediatric emergency research networks study. *Pediatrics*. 2017;140:e20170842.
4. Tyler A, Krack P, Bakel LA, O'Hara K, Scudamore D, Topoz I, *et al.* Interventions to reduce over-utilized test and treatments in bronchiolitis. *Pediatrics*. 2018;141:e20170485.
5. Montejo Fernández M, Benito Manrique I, Montiel Eguía A, Benito Fernández J. Una iniciativa para reducir el uso de medicación innecesaria en lactantes con bronquiolitis en Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2018 [en prensa].