



Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

Recomendaciones de “no hacer” en la consulta de Atención Primaria

Laura García Soto^a, Elena Castilla^b, Concepción Sánchez Pina^c, José Mengual Gil^d

Publicado en Internet:
4-octubre-2023

Laura García Soto:
l_garcia_soto@hotmail.com

^aPediatra. Miembro de PrevInfad. CS Coín. Málaga. España • ^bMIR-Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España • ^cPediatra. CS San Andrés. Madrid. España • ^dPediatra. Miembro de PrevInfad. CS Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Introducción: en los últimos años se ha observado un exceso de prácticas clínicas innecesarias en Pediatría que carecen de suficiente evidencia científica y generan costos significativos, además de resultar molestas para el paciente y no aportar beneficios adicionales. Por ello, diversas sociedades e instituciones científicas han propuesto recomendaciones para evitar estas intervenciones ineficaces y científicamente injustificadas.

Material y métodos: el proyecto fue coordinado por el grupo de trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Se desarrolló en dos fases a través del intercambio de correos electrónicos. En la primera, se solicitó a los coordinadores que divulgaran el proyecto y recopilaran propuestas de intervenciones innecesarias. En la segunda, se realizó la selección de las recomendaciones mediante el método Delphi y dos rondas de votación.

Resultados: en la primera fase se obtuvieron 40 propuestas de recomendaciones de “no hacer”. En la primera ronda de la segunda fase se aceptaron 7 propuestas. Cinco recomendaciones fueron rechazadas y 28 fueron consideradas dudosas y pasaron a una segunda valoración. En la segunda ronda se aceptó una recomendación adicional. En total, se aprobaron 8 recomendaciones de “no hacer”.

Conclusiones: la AEPap elaboró una lista de recomendaciones de “no hacer” en Pediatría en colaboración con sus grupos de trabajo y asociaciones federadas utilizando la metodología Delphi para el consenso entre expertos. Estas recomendaciones buscan mejorar la calidad asistencial y promover la utilización adecuada de recursos en la Atención Primaria pediátrica.

Palabras clave:

- Atención Primaria de Salud
- Prevención cuaternaria

Recommendations for “not to do” in primary care practice

Abstract

Introduction: in recent years, there has been an excess of unnecessary clinical practices in pediatrics that lack sufficient scientific evidence and generate significant costs, in addition to being bothersome and not providing additional benefits. For this reason, various scientific societies and institutions have proposed recommendations to avoid these ineffective and scientifically unjustified interventions.

Material and methods: the project was coordinated by the PrevInfad working group of the Spanish Association of Primary Care Pediatrics (AEPap). It was developed in two phases through the exchange of e-mails. In the first phase, the coordinators were asked to disseminate the project and to collect proposals for unnecessary interventions. In the second phase, the recommendations were selected using the Delphi method and two rounds of voting.

Results: in the first phase, 40 proposals for “do not do” recommendations were obtained. In the first round of the second phase, seven proposals were accepted. Five recommendations were rejected and 28 were considered doubtful and passed to a second assessment. One additional recommendation was accepted in the second round. In total, 8 “do not do” recommendations were approved.

Conclusions: the AEPap developed a list of “do not do” recommendations in pediatrics in collaboration with its working groups and federated associations using the Delphi methodology for consensus among experts. These recommendations aim to improve the quality of care and promote the appropriate use of resources in pediatric primary care.

Key words:

- Primary Health Care
- Quaternary Prevention

Cómo citar este artículo: García Soto L, Castilla E, Sánchez Pina C, Mengual Gil J. Recomendaciones de “no hacer” en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:293-300.

INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años se observa un exceso de realización de prácticas clínicas innecesarias en el ámbito de la Pediatría, tanto a nivel hospitalario como en la consulta de Atención Primaria. Muchas de estas acciones carecen de evidencia científica suficiente y su realización conlleva un aumento innecesario de la carga asistencial, un uso indebido de un tiempo del que a menudo se carece y un significativo coste económico. A ello hay que añadir que pueden llegar a ser molestas para el paciente y no aportarle ningún beneficio adicional.

Es una situación, no obstante, que afecta a la mayoría de las especialidades médicas, de tal magnitud que algunos estudios apuntan a que esta atención sanitaria ineficaz y científicamente injustificada representa entre un 20 y un 30% de los procedimientos que se realizan en todo el mundo^{1,2}.

Por ello, desde hace varios años, sociedades e instituciones científicas proponen recomendaciones con el objetivo de evitar estas intervenciones de dudosa efectividad, a menudo innecesarias y que, además, pueden suponer un perjuicio para el paciente. En este sentido, desde 2007 el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), en la realización de sus guías de práctica clínica, identifica acciones que recomienda evitar (*Not to do*). En la misma línea, en 2012, surgió en Estados Unidos la iniciativa *Choosing Wisely*³, una campaña promovida por la American Board of Internal Medicine (ABIM) para estimular conversaciones entre médicos y pacientes sobre pruebas, tratamientos y procedimientos innecesarios. El proyecto comenzó con la participación de 9 sociedades y actualmente se ha extendido a más de 20 países, entre los que se encuentran Reino Unido, Canadá o Japón.

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en coordinación con la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) puso en marcha, en 2013, el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”⁴ con el objetivo de disminuir las intervenciones innecesarias por no haber demostrado eficacia, tener escasa efectividad o no ser coste-efectivas. Un

total de 12 sociedades científicas propusieron recomendaciones de “no hacer” y en la actualidad se han adherido otras asociaciones médicas, entre ellas la Asociación Española de Pediatría (AEP), que publicó sus propuestas en el año 2014⁵. El proyecto sigue activo actualmente con 49 sociedades participantes.

Sin embargo, a pesar de haber sugerido recomendaciones generales desde el ámbito de la Pediatría, dada la amplia variedad de subespecialidades que engloba y las diferencias entre ellas, el Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la AEP propuso la iniciativa de publicar un número determinado de recomendaciones de “no hacer” por parte de cada especialidad pediátrica. En este proyecto han participado diversas sociedades con el fin de señalar una serie de prácticas a evitar en los ámbitos de Atención Primaria, hospitalización, cuidados intensivos, urgencias y cuidados en domicilio. El presente documento tiene como objetivo describir la metodología y los resultados del trabajo realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en este proyecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se desarrolló en dos fases y se inició en abril de 2022. Ha sido coordinado por el grupo de trabajo PrevInfad, que pertenece a la AEPap. La información se realizó mediante intercambio de correos electrónicos entre los participantes.

Primera fase (abril de 2022): se solicitó a los coordinadores de los grupos de trabajo y a los presidentes de las asociaciones autonómicas federadas que divulgaran el proyecto y se instó a que los miembros de cada grupo propusieran intervenciones innecesarias con la mayor evidencia posible y argumentando voluntariamente cada propuesta. Los participantes enviaron sus propuestas a través de correo electrónico.

Segunda fase (mayo de 2022): en la segunda fase se llevó a cabo la selección de las recomendaciones. Para ello se envió a los miembros representantes de los grupos de trabajo/asociaciones un documento

en formato Excel con las recomendaciones propuestas y las normas de evaluación. Para la votación se utilizó la metodología Delphi y se realizaron dos rondas. Los participantes puntuaron cada recomendación en una escala del 1 (totalmente en desacuerdo) al 9 (totalmente de acuerdo). Se les solicitó una justificación de su votación y sugerencias para mejorar la redacción si lo consideraban necesario. Las recomendaciones con una puntuación media igual o superior a 8 (siempre que al menos 2/3 de los votantes le hubieran asignado una puntuación mínima de 7) fueron aceptadas. Las propuestas con una puntuación media inferior a 6 fueron rechazadas. Las que obtuvieron entre 6 y 8 puntos se consideraron dudosas y pasaron a una segunda valoración. En esta segunda ronda, la votación se llevó a cabo con la misma metodología mediante formulario Google.

RESULTADOS

En la primera fase se obtuvieron 40 propuestas de recomendaciones de “no hacer”, que se recogen en la **Tabla 1**. La **Tabla 2** muestra las 40 propuestas clasificadas por área de conocimiento. En la primera ronda de la segunda fase respondieron 20 representantes de los 33 grupos de trabajo y asociaciones federadas que fueron consultados y se aceptaron 7 propuestas que obtuvieron una puntuación media igual o superior a 8. Fueron rechazadas 5 recomendaciones por obtener una puntuación igual o inferior a 6 y fueron calificadas con una puntuación media dudosa 28 propuestas. Estas fueron reevaluadas en una segunda ronda, en la que participaron 24 representantes y en la que se aceptó una recomendación más. En total, se aprobaron 8 recomendaciones de “no hacer”, que fueron enviadas al Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la AEP. El Comité ha publicado 5 recomendaciones de cada asociación. De las 8 enviadas, una se eliminó y otras 4 se fusionaron en 2 recomendaciones por tratar temas similares. La **Tabla 3** muestra las puntuaciones finales obtenidas de cada recomendación.

DISCUSIÓN

La AEPap, gracias a la colaboración de los miembros de sus grupos de trabajo y de las asociaciones autonómicas federadas, ha elaborado una lista de recomendaciones de “no hacer” ante un paciente pediátrico en la consulta de Atención Primaria. Esta iniciativa se encuadra dentro del proyecto promovido por el Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la AEP⁶.

Para la elaboración de las recomendaciones se ha utilizado la metodología Delphi. Dicho método se define como el “método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo”⁷. Las técnicas del estudio Delphi facilitan la discusión dentro de un grupo de expertos y les permiten obtener un acuerdo o consenso. Además, gracias a las posibilidades que ofrece Internet en la actualidad, que permite obtener de forma ágil opiniones de los expertos (situados, en muchas ocasiones, en diferentes zonas geográficas) y la devolución de las respuestas y, con ello, la continuación rápida del proceso, el método Delphi se está extendiendo con más facilidad entre los investigadores, sobre todo en áreas relacionadas con la salud.

La elección de estas 8 recomendaciones entre las 40 de las que se partía en la primera fase pone de manifiesto la importancia que tiene en nuestro día a día el manejo y tratamiento de las infecciones de vías respiratorias altas y bajas. La infección de vías respiratorias superiores es el motivo de consulta pediátrica más frecuente en Atención Primaria y uno de los más prevalentes en todos los niveles de asistencia sanitaria. Son cuadros generalmente benignos y autolimitados, y su tratamiento consiste en medidas de soporte y no farmacológicas hasta la recuperación. Sin embargo, con frecuencia se emplean un elevado número de medicamentos como mucolíticos, expectorantes, antitusígenos o descongestivos sin evidencia científica que avale su utilidad y con una potencial toxicidad que no se debería desdeñar⁸. El uso tan extendido de estos medicamentos en lactantes y preescolares se justifica

Tabla 1. Recomendaciones propuestas en la primera fase

Propuesta
1. No tratar faringoamigdalitis con antibiótico sin confirmar la etiología bacteriana (mediante test rápido de antígeno de estreptococo o cultivo)
2. No retrasar la administración de adrenalina en la anafilaxia
3. No usar antibióticos en cuadros catarrales
4. No prescribir en el asma fármacos inhalados sin educar al niño y a la familia en la técnica adecuada a cada edad
5. No administrar adrenalina subcutánea en la anafilaxia. Su administración es intramuscular
6. No hacer analítica a todos los inmigrantes sin tener en cuenta su procedencia y los factores de riesgo
7. No utilizar mucolíticos, expectorantes, antitusígenos, antihistamínicos, descongestivos solos o combinados, antibióticos o corticoides en el tratamiento de la rinofaringitis aguda
8. No diagnosticar todo fracaso escolar como posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9. No retirar el gluten de la dieta sin causa totalmente justificada
10. No prescribir, en la bronquiolitis manejada de forma ambulatoria, fármacos orales ni nebulizados
11. La anafilaxia es una enfermedad urgente que puede comprometer la vida, no esperar confirmación diagnóstica: el diagnóstico es clínico
12. No administrar antitérmicos de forma preventiva tras la administración de una vacuna
13. No indicar tratamiento alternante con antitérmicos de forma sistemática
14. No tratar sistemáticamente la crisis de asma con medicación nebulizada
15. No realizar electrocardiograma previo al inicio del tratamiento con psicoestimulantes si no existen factores de riesgo o síntomas de enfermedad cardíaca
16. No hacer cribado universal de anemia ferropénica en todos los lactantes, ni suplementación universal con hierro. Tanto el cribado como la suplementación se sugieren en grupos de riesgo
17. No administrar salbutamol sin cámara espaciadora en una crisis de asma
18. No realizar la prueba del aliento en el diagnóstico de sospecha de infección por <i>Helicobacter pylori</i> , epigastralgia o dolor abdominal
19. No dar muestras de sucedáneo de leche materna al alta de la maternidad. Así queda recogido también en la Estrategia de apoyo a la lactancia materna propuesta por la Academia Americana de Pediatría <i>Breastfeeding friendly pediatric office practice</i> , uno de cuyos puntos es eliminar la distribución de muestras de fórmula infantil
20. No dejar de hacer la identificación del riesgo psicosocial en ningún niño que acuda a consulta con motivo del Programa de Salud Infantil
21. No debe haber publicidad directa o indirecta en el centro de salud, en relación con sucedáneo de leche de madre, ya que puede influir en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna
22. No emitir justificantes de las ausencias al colegio o al instituto
23. No hacer de manera sistemática la prueba de la tuberculina en la atención inicial al niño inmigrante, solo hay que hacerla cuando procede de un país de alta incidencia (>40/100 000)
24. No usar paños húmedos, friegas de alcohol ni baños para combatir la fiebre
25. No hacer pruebas radiológicas, ni poner doble/triple pañal en lactantes con <i>click</i> de cadera
26. No medicalizar los malestares de la vida diaria
27. No utilizar corticoides como fármaco de primera elección en la anafilaxia
28. No realizar cribado de enfermedad celiaca de forma universal a toda la población infantil. Se realizará cribado en niños/as y adolescentes que pertenezcan a grupos de riesgo
29. No se recomienda cribado universal para la detección de trastornos del espectro autista (TEA) en niños de 1 a 4 años de edad debido a la falta de escalas adecuadas lo suficientemente precisas para identificar con precisión a estos niños. Se sugiere detección en niños de riesgo o ante la sospecha por parte de los padres o pediatras
30. No dar de alta en la anafilaxia hasta pasar 6-8 horas de su inicio, por la posibilidad de anafilaxia bifásica
31. No culpabilizar a las personas por su estado de salud ni por su estilo de vida
32. No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional
33. No tratar las sinequias vulvares si son asintomáticas
34. No usar fotoprotectores solares por debajo de los 6 meses de edad
35. No se recomienda cribado de depresión en niños menores de 12 años. Debido a la ausencia de una herramienta de cribado fácil de aplicar y validada en nuestra población adolescente, en la actualidad no es posible evaluar el balance entre beneficios y riesgos del cribado de la depresión en adolescentes. Sin embargo, dada la importancia de la enfermedad y su morbimortalidad, el pediatra debe estar entrenado en reconocer sus síntomas y sus factores de riesgo
36. No cooperes si solo quieres enseñar, coopera si quieres compartir: aprender y enseñar
37. No se recomienda cribado universal de escoliosis idiopática del adolescente. Con la evidencia actual, las pruebas de cribado de que se disponen tienen un valor predictivo positivo (VPP) muy bajo y sus riesgos son mayores que sus beneficios
38. No emplear medidas de prevención primaria en relación con la introducción del gluten, tales como introducción en un periodo ventana entre los 4 y los 6 meses, su coincidencia cronológica con la lactancia materna o la introducción progresiva, ya que no influyen en el desarrollo de la enfermedad celiaca
39. No hay suficiente evidencia para recomendar cribado universal de ambliopía en adolescentes. La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción en niños de 6 a 14 años
40. No obligar al/a la joven con asma a esforzarse en un ejercicio físico en clase de Educación Física, estando con dificultad respiratoria, bajo amenaza de suspenso

Tabla 2. Número de propuestas por área de conocimiento en cada fase del estudio

Área de conocimiento	Antes de la 1.ª ronda	Antes de la 2.ª ronda	En el listado final de recomendaciones
Gastroenterología/Nutrición	7	6	1
Cirugía	1	1	-
Vacunas	1	1	-
Infecciosas	6	3	3
Cardiología	1	1	-
Salud Mental	5	5	-
Pediatría Social	5	3	1
Neumología	5	3	1
Alergología	5	3	2
Ortopedia	2	1	-
Oftalmología	1	-	-
Dermatología	1	1	-

por el mayor número de infecciones respiratorias de vías altas que se padecen en esta etapa de la vida y la sensación de vulnerabilidad que tienen los padres de sus hijos a estas edades, que los lleva a intentar buscar un alivio rápido de los síntomas sin esperar a que estos se autolimiten en la evolución natural del cuadro, y en ocasiones la presión que se ejerce sobre los pediatras lleva a estos a tomar la decisión de prescribir alguno de estos fármacos. Es importante acabar con esta práctica, pues, como se ha mencionado anteriormente, no existe actualmente evidencia científica suficiente

para recomendar dichos medicamentos en los catarras, pero sí que han sido ampliamente estudiados los potenciales riesgos que acarrea su uso en niños^{9,10}.

Evitar el uso indebido de medicación es una cuestión relevante que se repite en varias de las recomendaciones. Dos de nuestras propuestas se orientan a disminuir la utilización de antibióticos en cuadros de probable etiología vírica. En el caso de la faringoamigdalitis, una de las infecciones más comunes en la infancia, se conoce que su origen es en su mayoría vírico y, por tanto, se resolvería sin necesidad de

Tabla 3. Puntuaciones medias obtenidas por las diferentes acciones a evitar aprobadas tras las dos rondas del método Delphi

Acciones a evitar	Puntuación media	N.º de puntuaciones ≥ 8 /N.º total de puntuaciones
Retirar el gluten de la dieta sin causa justificada	7,4*/8,29**	23/24
Usar antibióticos en cuadros catarrales	8,5	18/20
Tratar faringoamigdalitis con antibiótico sin confirmar la etiología bacteriana (mediante test rápido de detección de antígeno o cultivo)	8,6	17/20
Utilizar fármacos de baja utilidad terapéutica en el tratamiento de la rinofaringitis aguda (mucolíticos, expectorantes, antitusígenos, antihistamínicos, descongestivos, antibióticos o corticoides)	8	14/20
Prescribir en el asma fármacos inhalados sin educar al niño y la familia en la técnica adecuada a cada edad	8,1	15/20
Retrasar la administración de adrenalina en la anafilaxia	8,55	18/20
Administrar adrenalina subcutánea en la anafilaxia	8,05	16/20
Hacer analítica a todos los inmigrantes sin tener en cuenta su procedencia y los factores de riesgo	8,05	17/20

*Puntuación obtenida en la primera ronda.

**Puntuación obtenida en la segunda ronda.

antibióterapia. Pero el cuadro clínico no es suficiente para diferenciar claramente entre amigdalitis víricas y amigdalitis bacterianas, y el *Streptococcus pyogenes* es responsable de entre el 15-30% de los casos. Por ello, es necesario utilizar una prueba diagnóstica válida que permita distinguir entre ambos cuadros y prescribir antibiótico solo cuando se confirme la etiología bacteriana. Los test de detección rápida del antígeno estreptocócico presentan una alta especificidad y una sensibilidad variable entre un 70 y un 90%¹¹. Son fáciles de realizar y permiten obtener el resultado de forma rápida. En los casos en los que el test es negativo pero la sospecha de amigdalitis bacteriana es alta, puede ser útil realizar un cultivo faríngeo, que cuenta con una alta sensibilidad y especificidad. La introducción del test rápido en la consulta de Atención Primaria ha permitido optimizar el uso de antibióticos, como muestran algunos estudios recientes^{12,13}.

Si las infecciones de vías respiratorias altas suponen un alto porcentaje de las consultas en Atención Primaria, de especial relevancia son también las enfermedades relacionadas con el tracto respiratorio inferior.

El asma es una de las patologías crónicas más prevalentes en la infancia. Según el International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)¹⁴, la prevalencia en España es del 10%. El objetivo del tratamiento es lograr un adecuado control de los síntomas, además de prevenir las exacerbaciones. Para ello es necesario que el tratamiento, tanto el de los episodios agudos como el de mantenimiento, se realice de forma correcta. En el asma infantil, la vía inhalatoria se considera de elección. Existen diferentes dispositivos de inhalación adaptados a las distintas edades y es imprescindible un adecuado manejo de los mismos para que el tratamiento sea eficaz. Por ello, el profesional sanitario debe explicar de forma sencilla el modo de utilización, realizar una demostración previa del mismo y entrenar al paciente en el sistema elegido, corrigiendo los posibles errores y resolviendo las dudas que surjan. De gran importancia para nuestros pediatras fue también el correcto tratamiento de una situación no tan frecuente, pero cuyo adecuado manejo es

vital: la anafilaxia. Con estas propuestas se pretende recordar que el principal tratamiento de la anafilaxia es la adrenalina inyectada de forma precoz. Esta administración debe ser por vía intramuscular, que permite un inicio de acción rápido y una liberación sostenida. Mediante vía subcutánea, en situación de mala perfusión, hipotensión o *shock*, la adrenalina tarda más en llegar al torrente sanguíneo, por lo que dicha vía no debe utilizarse.

Otra situación que se observa cada vez con mayor frecuencia en las consultas de Pediatría de Atención Primaria es la decisión por parte de los padres de eliminar el gluten de la dieta familiar debido a la idea equivocada de que es el responsable de diversas afecciones digestivas y extradigestivas que mejorarían excluyéndolo de la alimentación. En efecto, en patologías como la enfermedad celiaca o la sensibilidad al gluten no celiaca, la sintomatología mejora al retirar el gluten. Sin embargo, llevar a cabo una dieta sin gluten sin una causa médica que lo justifique no aporta ningún beneficio y, por el contrario, puede ser perjudicial, pues se dejan de consumir también otros nutrientes importantes en la dieta y necesarios para el correcto crecimiento. Por otro lado, muchos de los productos "sin gluten" contienen un exceso de azúcares simples y grasas perjudiciales, además de ser generalmente más caros que sus equivalentes con gluten.

Nuestra última recomendación está relacionada con la atención a niños que proceden de otros países. Desde 2015 se observa una tendencia creciente en la migración a nuestro país que se vio afectada de forma puntual en 2020 y 2021 debido a la pandemia de la COVID-19, pero que ha aumentado de forma significativa en 2022. Debido a la situación mundial actual, se prevé que la tendencia siga en aumento en los próximos años, por lo que es importante que se conozca cuál es el manejo en la atención a estos niños. La heterogeneidad de la población inmigrante exige que esta atención sea personal e individualizada, y que solo tras una anamnesis detallada y una exploración minuciosa se decida cuáles son las pruebas complementarias que se deben realizar, con el fin de evitar gastos

innecesarios y una posible discriminación respecto a la población autóctona¹⁵.

Tras llevar a cabo el método Delphi quedaron fuera del listado definitivo algunas recomendaciones a las que, sin embargo, nos parece oportuno dedicarles un espacio en la discusión debido a su importancia en la práctica clínica y al interés que pueden tener para los pediatras. Para el periodo de recién nacido/lactante encontramos recomendaciones tan importantes como la de no dar muestras de sucedáneo de leche materna al alta de la maternidad ni hacer publicidad de las mismas en el centro de salud, ya que puede interferir en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Destacan también las recomendaciones de no utilizar doble o triple pañal ni realizar ecografía en lactantes con *click* de cadera y no usar fotoprotectores en menores de 6 meses.

En el área de salud mental infanto-juvenil encontramos consejos fundamentales como el de no diagnosticar todo fracaso escolar como posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad o no realizar electrocardiograma previo al inicio del tratamiento con psicoestimulantes a no ser que haya factores de riesgo de enfermedad cardíaca. Una recomendación importante y en ocasiones difícil de llevar a cabo es la de no medicalizar todos los malestares de la vida diaria.

Otro grupo de recomendaciones que no fueron incluidas en el listado definitivo, pero que consideramos que merecen ser destacadas por su relevancia en la actividad diaria, son aquellas relacionadas con el cribado de patologías, como las recomendaciones de no realizar cribado universal de anemia ferropénica en todos los lactantes, de enfermedad celiaca en toda la población infantil ni de detección de trastornos del espectro autista en todos los niños de 1 a 4 años, sino solo a grupos de riesgo; la recomendación de no hacer de forma sistemática la prueba de la tuberculina en la atención inicial al niño inmigrante, solo si procede de un país de alta incidencia de tuberculosis, y de no llevar a cabo cribado de depresión en niños menores de 12 años

por no haber en la actualidad una herramienta de detección fácil de aplicar y validada en nuestra población. Tampoco se recomienda actualmente el cribado universal de escoliosis idiopática ni de ambliopía en la adolescencia, ya que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos de los mismos.

El gran número de propuestas que se realizaron y la heterogeneidad de los temas que surgieron ponen de manifiesto la preocupación de los pediatras de Atención Primaria por estas prácticas que se realizan con relativa frecuencia en las consultas. Esta lista de recomendaciones se presenta como un documento consensuado que tiene como fin mejorar la calidad de la atención ofrecida al paciente pediátrico, evitando medidas innecesarias y potencialmente perjudiciales para el niño.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del documento.

ABREVIATURAS

ABIM: American Board of Internal Medicine • **AEP:** Asociación Española de Pediatría • **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **ISAAC:** International Study of Asthma and Allergies in Childhood • **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence • **SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna • **TEA:** trastorno del espectro autista • **VPP:** valor predictivo positivo.

AGRADECIMIENTOS

Grupos de trabajo: Cooperación, Inmigración y Adopción; Educación para la Salud y Comunitaria; Familia y Salud; Pediatría Basada en la Evidencia; PrevInfad; TDAH y desarrollo psicoeducativo; Vías Respiratorias; Patología Infecciosa; Relaciones con Europa; PAPenRED; Gastronomía y FAPAP • **Federadas:** Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, Madrid y Murcia • **Compañeros:** Miguel Ángel Fernández-Cuesta y Juana María Ledesma Albarrán.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berwick D. Avoiding overuse – the next quality frontier. *Lancet*. 2017;390(10090):102-4.
2. Born K, Kool T, Levinson W. Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely. *BMJ*. 2019;367:l6317.
3. Levinson W, Born K, Wolfson D. Choosing Wisely Campaigns: a work in progress. *JAMA*. 2018;319(19):1975-6.
4. García J, Vázquez S, Salcedo F, García-Lechuz JM, Andrés G, López M. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clin Esp*. 2017;217(4):212.
5. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de "no hacer" en Pediatría [en línea] [consultado el 20/12/2022]. Disponible en www.aeped.es/documentos/recomendaciones-no-hacer-en-pediatria
6. Arias Constanti V, Domingo Garau A, Rodríguez Marrodán B, Villalobos Pinto E, Rianza Gómez M, García Soto L, *et al.* Recomendaciones de no hacer en distintos ámbitos de la atención pediátrica. *An Pediatr (Barc)*. 2023;98:291-300.
7. Varela M, Díaz I, García R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med*. 2012;1(2):90-5.
8. Cano A, Casares I, Rodríguez J, Pérez I, Blanco A. Prescripción de fármacos anticatarrales de uso sistémico a niños de 0-12 años. Un problema no resuelto. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(1):43-50.
9. De Sutter AI, Van Driel M, Kumar A, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine – descongestant – analgesic combinations for the common cold. *Cochrane DatabaseSyst Rev*. 2012;(2):CD004976.
10. Gardiner S, Chang A, Marchant J, Petsky H. Codeine versus placebo for chronic cough in children. *Cochrane DatabaseSyst Rev*. 2016;(27):CD011914.
11. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane DatabaseSyst Rev*. 2016;7:CD010502.
12. Bachiller MR, Sánchez MN, Ruiz AM, Prado MA, Maté T, Melero I, *et al.* Impacto en el consumo de antibióticos del test de diagnóstico rápido de *Streptococcus pyogenes* en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:153-9.
13. Kose E, Sirin Jose S, Akca D, Yildiz K, Elmas C, Baris M, *et al.* The effect of rapid antigen detection test on antibiotic prescription decision of clinicians and reducing antibiotic costs in children with acute pharyngitis. *J Trop Pediatr*. 2016;62:308-15.
14. Carvajal I, García I, Busquets R, Morales M, García de Andoin N, Batlles J, *et al.* Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España*. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41: 659-66.
15. Masvidal i Aliberch RM, Canadell D, Grupo de cooperación, inmigración y adopción de la AEPap. Actualización del protocolo de atención a las niñas y niños inmigrantes. Revisión 2016. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2017;10(1):3-15.