



MÉTODOS DE CONSENSO

SECPCC

Jornada de la Sociedad Española de Cardiología
pediátrica y cardiopatías congénitas:

*"El arte de aprender con la experiencia:
casos clínicos que enseñan"*

Madrid, 12 de noviembre de 2015

Ilustre Colegio de Médicos de Madrid





“El hombre promedio de nuestras grandes ciudades deambula entre las financieras y el tedio rutinario de las oficinas. Siempre sueña con vacaciones, libertad y con concluir sus cuentas, hasta que un día el corazón se para y adiós...

Sería imperioso lograr consensos para desatar **solidaridad hacia los más oprimidos** y castigar el despilfarro y la especulación”

José Mujica
Presidente de Uruguay

facebook.com / FI TIFM

¿Qué es un CONSENSO?

- **Acuerdo** entre dos o más personas en torno a un tema o asunto más o menos concreto
- Una decisión por consenso **no implica un consentimiento activo** de cada uno, sino más bien una aceptación en el **sentido de no negación**



Los métodos de consenso en SANIDAD

- Los problemas relacionados con la salud no siempre pueden resolverse mediante aproximaciones cuantitativas
- La necesidad de tomar decisiones ha producido un incremento de reuniones de trabajo convencionales que pretenden alcanzar algún acuerdo entre los miembros del grupo reunido para **reducir, en la medida de lo posible, la incertidumbre**



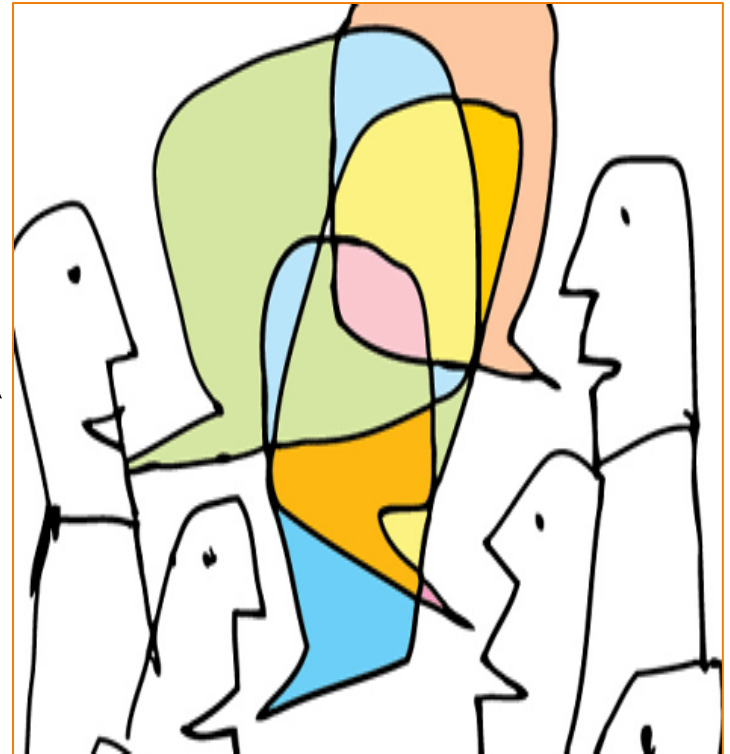
FINES de los métodos de consenso

- Detectar necesidades
- Analizar prioridades
- Elaborar protocolos
- Diseñar estrategias
- Elaborar previsiones
- Afrontar problemas en materia de salud y administración sanitaria
- Tomar decisiones informadas en la práctica clínica



INDICACIONES de los métodos de consenso

- Cuando **no existe información** explícita ni estructurada
- En **problemas complejos**, cuyo elemento central es la falta de acuerdo o el conocimiento insuficiente sobre la naturaleza del problema o de los componentes de la solución



TIPOS de métodos de consenso

- **No estructurados**
- **Estructurados:**
 1. Método Delphi
 2. Grupo nominal
 3. Conferencia de consenso



Aspectos COMUNES en métodos de consenso

- Procesos **formalizados**
- Técnicas de **reflexión** individual y generación de ideas
- Algún tipo de **exposición** y aclaración en el grupo de las ideas generadas
- La combinación de juicios individuales para obtener un **juicio de grupo**



DIFERENCIAS en métodos de consenso

- En **Participantes**
- En **Resultados**
- En **Operatividad**



Diferencias en PARTICIPANTES

	Reuniones no Estructuradas	Grupo Nominal	Método Delphi	Conferencia de Consenso
PARTICIPANTES				
Minimización de influencias entre participantes	No	Alta	Muy alta	No
Da iguales oportunidades de participación	No	Sí	Sí	No
Buen funcionamiento con grupos heterogéneos	No	Sí	Sí	Sí
Garantiza la representatividad de participantes	No	No	No	Algo
Necesidad de habilidades de comunicación verbal	Sí	Mínima	No	Sí
Necesidad de habilidades de comunicación escrita	No	No	Elevada	No
Sensación de manipulación	Escasa	Alta	Alta	Media



Diferencias en RESULTADOS

	Reuniones no Estructuradas	Grupo Nominal	Método <u>Delphi</u>	Conferencia de Consenso
RESULTADOS				
Capacidad de obtención de consenso	Escasa	Alta	Alta	Alta
Capacidad de generación de nuevas ideas	Escasa	Muy alta	Alta	Media
Aportación de perspectivas distintas	Escasa	Muy alta	Alta	Muy alta
Integración de información diversa	A veces	Muy alta	Muy alta	Muy alta
Exploración de más de un problema a la vez	Sí	No	Sí	No
Dificultad en la interpretación de resultados	Alta	Media	Media	Baja



Diferencias en OPERATIVIDAD

Reuniones no Estructuradas	Grupo Nominal	Método <u>Delphi</u>	Conferencia de Consenso
----------------------------	---------------	----------------------	-------------------------

OPERATIVIDAD

Pérdida de opiniones extremas	No	Siempre	Siempre	A veces
Fácil realización	Sí	Sí	No	No
Esfuerzo en la preparación	Bajo	Medio	Alto	Alto
Duración	Corta	Corta	Larga	Media
Necesidad de reunir miembros	Sí	Sí	No	Sí



Mayor calidad: CONFERENCIA CONSENSO

**Actualización de recomendaciones
sobre la profilaxis del VRS en
Cardiología Pediátrica
-Propuesta de metodología -**



*Sociedad Española de Cardiología
Pediátrica y Cardiopatías Congénitas*



Asociación Española de Pediatría

CPBE

Comité de Pediatría
Basada en la Evidencia



**Servicio de
Pediatría**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Desarrollo Conferencia Consenso

1.- La creación de la “evidencia”

- 1.a) Grupo Revisor
- 1.b) Panel de Expertos

2.- La aplicación a la “práctica” clínica

- 2.a) PCE con niveles de evidencia y grados de recomendación
- 2.b) Clasificación de la idoneidad

3.- Propuesta de organización

- 3.a) Organigrama
- 3.b) Cronograma

1.a) Evaluar idoneidad: Grupo Revisor

- **Revisión bibliográfica:**
 - Fuentes de información
 - Metodología: grupo, coordinador, trabajo on line, reunión presencial
- **Síntesis de la evidencia:**
 - Tablas de evidencia individual y simplificada
 - Tablas de resumen en cada intervención

1.b) Evaluar idoneidad: Comité de Expertos

- **Criterios de panelista experto:**
 - Ser profesionales con amplia experiencia en clínica e investigación y prestigio en su especialidad
 - Proporcionar un carácter multidisciplinar al panel
 - Procurar una representación regional equilibrada
- **Metodología de trabajo:**
 - Una reunión presencial y trabajo on-line

2.a) Preguntas clínicas estructuradas

- **Confección preguntas clínicas:**
 - Estructurada: PIO
 - No más de 30
- **Niveles de evidencia y grados de recomendación:**
 - Tabla niveles de evidencia
 - Grados de recomendación (mejor GRADE)

2.b) Clasificación de la idoneidad

- **Opciones de primera elección**
(indicación rutinaria)
- **Opciones de uso alternativo**
(indicación selectiva u opcional)
- **Opciones inapropiadas o no recomendadas**
(innecesarias)

3.a) Organigrama

- Nombramiento Coordinador del estudio
- Confección del Grupo de Trabajo
- Preparación del Panel de Expertos
- Elección método de Consenso y metodología de trabajo
- Preparación preguntas, búsqueda bibliográfica y síntesis evidencia
- Conferencia de Consenso: niveles de evidencia, grados de recomendación y clasificación de la idoneidad

3.b) Cronograma

- Noviembre-Diciembre 2015:
 - Nombrar Coordinador, Grupo Trabajo y Panel Expertos
 - Elegir metodología de trabajo
- Enero-Febrero 2016:
 - Preparación preguntas, búsqueda y síntesis evidencia
- Marzo 2016:
 - Conferencia Consenso
- Abril 2016:
 - Rondas para finalizar Conferencia Consenso
- Mayo 2016:
 - Escritura documentos/artículos
- Junio 2016:
 - Difusión Recomendaciones (epidemia 2016-17)

Las diferencias existen...

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Consenso multidisciplinar español sobre la profilaxis de la infección respiratoria pediátrica por virus respiratorio sincitial

J. Figueras Aloy^a, J. López Sastre^a, C. Medrano López^b, R. Bermúdez-Cañete Fernández^b, L. Fernández Pineda^b, A. Bonillo Perales^c, E.G. Pérez-Yarza^c, C. Díaz de Heredia^d y J. Sánchez de Toledo^e

^aSociedad Española de Neonatología (SEN). ^bSociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas (SECPC). ^cSociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). ^dSociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP).

Antecedentes

Existe cierta variabilidad de práctica clínica en España sobre las intervenciones preventivas para evitar la infección respiratoria infantil por el virus respiratorio sincitial (VRS), entre las que se incluyen medidas higiénicas e inmunoprofilaxis intramuscular con palivizumab. Esta tarea implica varias especialidades pediátricas, que pueden tener distinta percepción de la magnitud del problema y distinto criterio profesional sobre las actuaciones apropiadas.

Objetivos

Desarrollar un consenso multidisciplinar español sobre la prevención de la infección por VRS, con participación de las sociedades científicas pediátricas implicadas: Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas (SECPC), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) y Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP).

Métodos

Consenso Delphi modificado en dos rondas. El estudio se efectuó en cuatro fases: 1) constitución de un comité científico multidisciplinar, a propuesta de las sociedades científicas participantes, para la revisión bibliográfica y formulación de las recomendaciones a debate; 2) constitución de un panel experto con 77 representantes de las especialidades; 3) encuesta postal en dos rondas con procesamiento intermedio de opiniones e informe a los panelistas, y 4) discusión de resultados en sesión presencial del comité científico.

Resultados

Se consensúan 48 de las 57 recomendaciones preventivas analizadas. En las nueve cuestiones restantes no se consigue acuerdo, bien por disparidad de opinión profesional, bien por falta de criterio establecido en la mayoría de los expertos. Sólo en tres recomendaciones, la opinión de los expertos se asocia a la especialidad de procedencia.

Correspondencia: Dr. J. Figueras Aloy.
Servicio de Neonatología, ICGON. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: JFIGUER@clinic.ub.es

Conclusiones

Se presenta una lista de recomendaciones profilácticas anti-VRS, calificadas según el grado de acuerdo profesional en que se sustentan, que pueden considerarse vigentes hasta la aparición de nueva información científica que indique su revisión.

Palabras clave:

Profilaxis. VRS. Consenso. Pediatría.

SPANISH MULTIDISCIPLINARY CONSENSUS ON THE PREVENTION OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION IN CHILDREN

Background

A certain degree of feasibility exists in Spanish clinical practice with respect to interventions performed to prevent paediatric respiratory infection by RSV, including hygienic measures and intramuscular immunoprophylaxis with palivizumab. This task involves different paediatric specialties that may have a different perception of the magnitude of the problem and different professional criteria regarding the most appropriate actions.

Objectives

To develop Spanish multidisciplinary consensus on preventing infection by RSV with the participation of the paediatric scientific societies involved (SNS, SSPC, SSPP and SSHPO).

Methods

Delphi Consensus modified in two rounds was used. The study was conducted in four phases: 1) constitution of a multidisciplinary Scientific Committee at the recommendation of the scientific entities participating in the study, for bibliographic review and submission of the recommendations to discussion; 2) constitution of an Expert Panel with 77 speciality representatives; 3) postal survey

Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 19/03/2010. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

An Pediatr (Barc). 2010;72(3):221.e1-221.e33



ANALES DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/anpediatr



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Confidencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (I): metodología y recomendaciones[☆]

J. González de Dios^{a,*}, C. Ochoa Sangrador^b y Grupo de revisión y panel de expertos de la Conferencia de Consenso del Proyecto aBREVIADO (BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y ADecuación)[†]

^aServicio de Pediatría, Departamento de Pediatría, Hospital de Torrevieja, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España
^bServicio de Pediatría, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

Recibido el 28 de noviembre de 2009; aceptado el 30 de noviembre de 2009
Disponible en Internet el 13 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Bronquiolitis viral;
Revisión sistemática;
Conferencia de consenso;
Pediatría

Resumen

Se presentan las recomendaciones de la Conferencia de Consenso «Manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda». Se resume la evidencia sobre frecuencia de bronquiolitis en población general y grupos de riesgo, factores y marcadores de riesgo de formas graves, escalas de gravedad y perfil clínico-etiológico. Las pruebas diagnósticas habitualmente empleadas apenas resultan útiles en el manejo de la enfermedad; solo se considera necesaria la medición de la saturación de oxígeno en la valoración inicial o en el control de cambios en los pacientes con compromiso respiratorio. Otras pruebas como la radiografía de tórax, las pruebas de diagnóstico rápido de infección por virus respiratorios y las pruebas de cribado de infección bacteriana solo deben emplearse de forma muy selectiva. Existe evidencia suficiente sobre la falta de eficacia de la mayoría de las intervenciones ensayadas en la bronquiolitis. Al margen de la oxigenoterapia, la fluidoterapia, la aspiración de secreciones y la asistencia respiratoria, pocas opciones terapéuticas resultarán beneficiosas. Solo en los casos moderado-graves estaría justificado el ensayo con broncodilatadores inhalados (salbutamol o adrenalina) con o sin suero salino hipertónico. En casos con fracaso respiratorio podría emplearse heliox y técnicas de ventilación no invasiva, en pacientes con apneas valorar el uso de metilxantinas y en pacientes graves intubados el uso de surfactante. Ningún tratamiento se ha mostrado

[☆] Avalado por la Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIPI), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Cardiología Pediátrica (SECPC).

[†]Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jgonzalez@torrevieja-salud.com, javier.gonzalezdedios@gmail.com (J. González de Dios).
[†]Miembros del grupo revisor especificados en anexo 1 y miembros del panel de expertos especificados en anexo 2.

1695-4033/\$ - see front matter © 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.anpedi.2009.11.020



Feliz semana a todos....