

Seguridad del paciente

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente HNRGa

Choosing wisely: Elección inteligente

Silvana Salerno^b

*"Así como los ojos de los murciélagos se ofuscan
a la luz del día, de la misma manera a la inteligencia de
nuestra alma la ofuscan las cosas evidentes"*
Aristóteles.

La iniciativa *Choosing Wisely*

La medicina actual, en un contexto de preocupación por el exceso en el actuar médico y sus consecuencias, ha puesto su mirada en la necesidad de optimizar la toma de decisiones, evaluando los riesgos y beneficios de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En esta línea surgió en Estados Unidos la iniciativa *Choosing Wisely*.¹ Esta es una iniciativa global que aborda la problemática de las prácticas de bajo valor (PBV), que son aquellas intervenciones terapéuticas o diagnósticas carentes de respaldo científico, que aumentan la probabilidad de daño, generan desperdicio de recursos y amenazan la eficiencia del sistema de salud.² Las consecuencias del sobre uso de intervenciones inefectivas, resaltan la relevancia del concepto de prevención cuaternaria en la atención sanitaria, y señala la iniciativa internacional *Choosing Wisely* como una estrategia para identificar y revertir la indicación de PBV, destacando la importancia del cambio cultural en la medicina y la participación activa de los pacientes.²

El término prevención cuaternaria fue acuñado por el médico belga Marc Jamouille en 1986, definiéndolo como el conjunto de actividades orientadas a evitar o reducir los daños asociados a la asistencia sanitaria. Posteriormente, en 2003, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA, por sus iniciales en inglés) adoptó una definición ampliada, considerándola como cualquier acción para identificar y proteger a los pacientes o grupos de población del riesgo de la sobre medicalización y de las intervenciones médicas innecesarias.³

La campaña *Choosing Wisely* fue iniciada por la Fundación de la Junta Estadounidense de Medicina Interna (ABIM) en 2012 en Estados Unidos y se ha expandido a más de 20 países, incluyendo Argentina, Canadá, Australia y países de Europa.

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

Dentro de los objetivos principales podemos enumerar

- *Mejorar la calidad de la atención médica:* al reducir el uso excesivo de servicios de salud, se busca garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento justo.
- *Promover comunicación con el paciente:* alentar a médicos y pacientes a discutir sobre la necesidad y los posibles daños de ciertos procedimientos antes de realizarlos, promoviendo la toma de decisiones compartida.
- *Optimizar recursos:* evitar pruebas y tratamientos que no añaden valor o que pueden causar daño al paciente (por ejemplo, exposición innecesaria a radiación).
- *Basarse en evidencia:* asegurar que la atención médica esté respaldada por la mejor evidencia científica disponible.²

Más de 70 sociedades de especialidades médicas se han unido a la iniciativa, identificando listas de "cosas que profesionales de la salud y pacientes deberían cuestionar" en sus respectivos campos para reducir la atención de bajo valor.

La problemática de las PBV en salud es crucial al considerar el beneficio perdido por no elegir alternativas potencialmente más provechosas, un concepto conocido como el costo de oportunidad.² Las consecuencias del sobre uso de intervenciones inefectivas origina daños directos a través de efectos adversos y, de manera indirecta, al desviar recursos hacia intervenciones menos provechosas.³ Las PBV son intervenciones terapéuticas y diagnósticas que presentan una utilidad cuestionable, ya sea por la falta de pruebas que demuestren su eficacia o por una relación daño/beneficio marginal con relación a los recursos que demandan. Son intervenciones carentes de respaldo por evidencia sólida que incrementan en forma innecesaria los gastos en salud y exponen a los pacientes a riesgos no justificados.² La Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine) estima que hasta el 30% de la atención médica puede clasificarse como innecesaria, lo que a veces introduce riesgos prevenibles asociados con esa atención.⁴ La atención de bajo valor -el uso de servicios de salud innecesarios y potencialmente perjudiciales- representó aproximadamente \$200 mil millones en gastos innecesarios en Estados Unidos en 2011.⁵

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadysecuridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

El uso incorrecto de pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas y medidas preventivas es una tendencia creciente a nivel mundial, lo que ha llevado a denominar esta situación como la crisis de los excesos médicos. Esta crisis refleja una paradoja en la que el sistema sanitario, en su intento por ser exhaustivo, termina siendo menos eficaz y seguro.²

Los profesionales sanitarios enfrentan crecientes dificultades para ejercer una atención basada en lo esencial. Para ello, requieren formación continua, tiempo adecuado para la atención, acceso a recursos informativos y guías de práctica actualizadas, y de uso efectivo.²

Choosing Wisely no fue el primer movimiento en cuestionar la adecuación de las prácticas sanitarias.² La iniciativa contra las PBV comenzó en 2009, cuando se financiaron proyectos para promover el profesionalismo y la ética en la medicina. Posteriormente, en 2011, un estudio pionero en los EE.UU. presentó recomendaciones basadas en evidencia sólida para evitar ciertas prácticas en la atención primaria.

Tras el surgimiento de *Choosing Wisely*, organismos sanitarios y sociedades científicas en todo el mundo han impulsado iniciativas similares, conocidas como Recomendaciones 'No Hacer'. Estas iniciativas se centran en identificar intervenciones que deben ser descontinuadas debido a su falta de beneficio, a una relación daño/beneficio incierta, o a la inconsistencia en la evidencia que respalda su uso sistemático. Estas recomendaciones a nivel nacional e internacional se han convertido en una herramienta clave para guiar las prácticas clínicas hacia una mayor eficiencia y seguridad.²

Ejemplos de recomendaciones de "No hacer:"

- ✓ No tratar rutinariamente con antibióticos las infecciones respiratorias altas en pacientes ambulatorios. La mayoría de las infecciones de la vía aérea superior son virales, por ende, el uso de antibióticos resulta inefectivo, inapropiado y potencialmente dañino.⁶
- ✓ No prescribir un fármaco sin antes revisar y adecuar el régimen de medicación que actualmente recibe el paciente como parte de la conciliación de la medicación.⁷ La polifarmacia es frecuente en adultos mayores dada la alta prevalencia de enfermedades crónicas y automedicación y en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Esto aumenta el riesgo de una mala adherencia a las indicaciones farmacológicas y deriva en un aumento en los costos para el paciente y el sistema de salud.²

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

Lejos de limitarse a la mera revisión de prácticas ineficaces, el desafío se ha ampliado hacia la contención del consumismo sanitario y la medicalización de la vida cotidiana, que han contribuido a la expansión de las PBV. Un ejemplo claro de esta problemática es el aumento significativo de la polifarmacia y la necesidad imperante de revisar y ajustar el tratamiento a las necesidades cambiantes de los pacientes. Esta situación demanda una revisión periódica y metódica de los tratamientos, un proceso a menudo complejo que puede llevar a la deprescripción cuando se identifica medicación innecesaria o inadecuada, en el que es importante la conciliación de la medicación.⁶ La necesidad de abordar los excesos en la atención sanitaria y frenar la tendencia al intervencionismo va más allá de la simple promoción de la prescripción de calidad y el uso racional de la medicación. En la actualidad se requiere una estrategia integral que abarque la revisión y adecuación continua del tratamiento a las condiciones clínicas del paciente, enfatizando la necesidad de un enfoque holístico en la atención sanitaria.²

A pesar de los avances significativos en la promoción de una práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible, el reto de deshacerse de las PBV sigue siendo considerable a nivel mundial. Un análisis reciente de intervenciones sanitarias sometidas a revisiones sistemáticas revela que una gran mayoría de estas intervenciones no cuentan con el respaldo de evidencia de alta calidad.⁸

Además, se ha observado una tendencia entre los profesionales de la salud a sobrealorar los beneficios y minimizar los riesgos asociados a esas intervenciones. Esta percepción distorsionada de los beneficios y daños se conoce como ilusión terapéutica y es un poderoso motor para la perpetuación de las PBV.⁹

La prevención cuaternaria debe ser considerada en todas las actividades asistenciales, complementando y, en ocasiones, limitando las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria cuando no son necesarias con el objetivo de evitar perjudicar a los pacientes con intervenciones excesivas o inapropiadas.²

Lanzamiento de la iniciativa *Choosing Wisely* en Argentina

Motivados por esta situación, tres asociaciones científicas, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, la Sociedad Argentina de Medicina y la Sociedad Argentina de Medicina Interna General junto con el Consejo de Certificación de la Academia Nacional de

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum

Contacto: calidadysecuridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

Medicina, han constituido el consorcio *Choosing Wisely* Argentina en octubre del 2023. Esta iniciativa representa un esfuerzo colaborativo significativo para abordar los desafíos actuales en la atención sanitaria del país.² Al constituirse como *Choosing Wisely* Argentina, el consorcio se compromete a resaltar la importancia del cuidado de calidad y la prevención de daños. Se ha desarrollado un documento integral que incluye una guía para que otras sociedades científicas creen sus recomendaciones. El enfoque primario de estas recomendaciones es prevenir los daños y mejorar la seguridad del paciente, más que centrarse de manera exclusiva en aspectos económicos. La meta es mejorar la calidad general del cuidado proporcionado a los pacientes en Argentina, fomentando una cultura de evaluación crítica y toma de decisiones basada en evidencia. Los compromisos y plan de acción de *Choosing Wisely* Argentina incluyen:²

- Enfoque centrado en el paciente y participación activa;
- Capacitación clínica y compromiso con el enfoque basado en la evidencia;
- Colaboración multiprofesional y transparencia;
- Sostenibilidad y apoyo financiero proporcionado por las asociaciones científicas involucradas.

Ejemplos de recomendaciones en urgencias pediátricas

A continuación, mencionamos algunos ejemplos de pruebas que deben cuestionarse en la urgencia pediátrica, con su respectiva justificación. Estas recomendaciones fueron propuestas por la Academia Estadounidense de Pediatría y la Sección de Medicina de Emergencia de la Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia.

1. No se deben tomar radiografías en niños durante el primer episodio de bronquiolitis, crup, asma o sibilancias. Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las causas más comunes de consulta en urgencias pediátricas, siendo las sibilancias un hallazgo clínico frecuente. En niños que presentan sibilancias por primera vez o con hallazgos típicos de asma, bronquiolitis o crup, las radiografías rara vez arrojan resultados positivos importantes y exponen a los pacientes a radiación, incrementan el coste de la atención y prolongan la estancia en urgencias. Las directrices nacionales e inter-

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadyseguiridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

nacionales enfatizan la importancia de la anamnesis y la exploración física para establecer un diagnóstico preciso y descartar patología subyacente grave. Se ha demostrado que la realización de radiografías en ausencia de hallazgos significativos se asocia con el uso excesivo de antibióticos. No se deben obtener radiografías de forma rutinaria en estas situaciones, a menos que se presenten hallazgos como hipoxia significativa, anomalías focales en la exploración pulmonar, evolución prolongada de la enfermedad o distrés grave. Si las sibilancias se presentan sin una etiología atópica clara o sin síntomas de infección de las vías respiratorias superiores (p. ej., rinorrea, congestión nasal o fiebre), se debe considerar la realización de pruebas de imagen diagnósticas adecuadas según el caso.¹⁰⁻¹⁴

2. No obtenga pruebas de laboratorio de detección* en el proceso de autorización médica de pacientes pediátricos que requieran internación psiquiátrica a menos que esté clínicamente indicado. La incidencia de problemas de salud mental en niños ha aumentado en las últimas dos décadas, superando al suicidio como la segunda causa principal de muerte en adolescentes. La mayoría de los niños con problemas agudos de salud mental no presentan etiologías médicas subyacentes para estos síntomas. Numerosas pruebas, tanto en adultos como en niños, han demostrado que las pruebas de laboratorio rutinarias sin indicación clínica son innecesarias y aumentan los costos de la atención médica. Cualquier prueba diagnóstica debe basarse en una historia clínica y una exploración física exhaustivas. Se deben abandonar los requisitos universales para las pruebas de rutina.¹⁵⁻²¹

* En el contexto de la autorización médica (o medical clearance) para pacientes psiquiátricos, el término "pruebas de laboratorio de detección" (en inglés, screening laboratory tests) se refiere a la práctica de realizar una batería de exámenes de rutina o automáticos (como hemograma, electrolitos, función renal o hepática) a pacientes que no presentan síntomas físicos, solo por el hecho de tener problemas de salud mental. ¿Qué incluyen comúnmente estas pruebas? Los centros de urgencia exigen estos estudios (medical clearance) para autorizar la internación de dichos pacientes:

- Hemograma completo: para revisar glóbulos blancos o anemia.
- Perfil metabólico: niveles de glucosa, electrolitos y función renal.
- Análisis de orina: para detectar infecciones o problemas renales.
- Detección de drogas: examen de toxicología en orina.
- Prueba de embarazo: en pacientes mujeres en edad fértil.
- Niveles de TSH: para descartar problemas hormonales.²¹

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

3. No se deben obtener radiografías abdominales si se sospecha estreñimiento. El estreñimiento funcional y el dolor abdominal generalizado e inespecífico son quejas frecuentes de los niños asistidos en servicios de urgencias. Aunque el estreñimiento es un diagnóstico clínico y no requiere pruebas; a muchos de estos niños se les realiza una radiografía abdominal. Sin embargo, la subjetividad y la falta de estandarización resultan en una baja sensibilidad y especificidad de las radiografías abdominales para diagnosticar el estreñimiento. Además, el uso de radiografías abdominales para diagnosticar el estreñimiento se ha asociado con un mayor error diagnóstico. Las guías clínicas recomiendan no realizar radiografías abdominales de rutina en pacientes con diagnóstico clínico de estreñimiento funcional. El diagnóstico de estreñimiento o impacción fecal debe realizarse principalmente mediante la anamnesis y la exploración física, complementadas con un tacto rectal cuando esté indicado.²²⁻²⁷

4. No se deben realizar pruebas completas del panel viral a pacientes que tengan sospecha de enfermedades virales respiratorias. Las infecciones virales son frecuentes en niños y constituyen un motivo común de consulta médica. El diagnóstico de una enfermedad viral se realiza clínicamente y, por lo general, no requiere pruebas confirmatorias. Además, no existe evidencia consistente que demuestre el impacto de los resultados de un panel viral completo (es decir, paneles que analizan simultáneamente entre 8 y 20 virus) en los resultados clínicos o el manejo, especialmente en servicios de urgencias. Por lo tanto, la mayoría de las guías de práctica clínica nacionales e internacionales no recomiendan su uso rutinario. Además, algunas pruebas virales son bastante costosas y la obtención de muestras de hisopado nasofaríngeo puede resultar incómoda para los niños. Se puede considerar la realización de un panel viral completo en pacientes de alto riesgo (p. ej., inmunodeprimidos) o en situaciones en las que los resultados influirán directamente en las decisiones de tratamiento, como la necesidad de antibióticos, la realización de pruebas adicionales o la hospitalización. Las pruebas para virus específicos podrían estar indicadas si los resultados de las pruebas pueden

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

alterar los planes de tratamiento (p. ej., antivirales para la influenza) o las recomendaciones de salud pública durante la pandemia (p. ej., aislamiento para SARS-CoV-2).²⁸⁻³²

Puntos clave

Según estudios de revisión sistemática las intervenciones dirigidas a los profesionales clínicos han sido las más eficaces en disminuir las PBV,³³ por lo que es a ellos a los que hay que dirigir las acciones de mejora.

La disminución de las PBV va ligada a la mejora de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. La prevención cuaternaria es la limitación de los excesos en la atención sanitaria, que se dan a veces por la medicina defensiva, otras, por las exigencias del paciente y otras por el uso y costumbres. Es importante modificar la práctica médica en pos del bienestar del paciente, basándose en la medicina basada en la evidencia científica y en las guías de práctica clínica. Para ello se necesita unificar criterios y lograr una comunidad médica unida. Toda práctica debe estar debidamente indicada y no debe ser parte de un folklore local, que, amén de bajar los costos sanitarios, libera al paciente de estudios innecesarios.

Bibliografía

1. American Board of Internal Medicine Foundation, *Choosing Wisely*, Consumer Reports. *Choosing Wisely*: a special report of the first five years. Octubre 26, 2017. [Internet] [Consultado 15-2-2026]. Disponible en <https://www.choosingwisely.org/files/Choosing-Wisely-at-Five.pdf>
2. Kopitowski K. Lanzamiento de la campaña *Choosing Wisely* Argentina: primeros pasos hacia la desimplementación de prácticas de bajo valor. Evidencia Actualización En La práctica Ambulatoria 2024; 27(1): e007110. [Internet] Consultado 7-2-2026. Disponible en <https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7110>.
3. Wonca International Classification Committee. Wonca International Dictionary of General/Family Practice. Bentzen N, editor. Copenhagen; 2003. [Internet] Consultado 7-2-2026. Disponible en <http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000092/0000052.pdf>
4. Association of family health Teams of Ontario. Implementing *Choosing Wisely* Canada Recommendations in Ontario to Improve Quality of Care: HQO Report. 2017. [Internet] [Consultado 7-2-2026]. Disponible en: <https://www.afhto.ca/news-events/news/implementing-choosing-wisely-canada-recommendations-ontario-improve-quality-care>
5. Kerr EA, Kullgren JT, Saini SD. *Choosing Wisely*: How To Fulfill The Promise In The Next 5 Years. Health Aff (Millwood). 2017; 36(11):2012-2018. doi: 10.1377/hlthaff.2017.0953. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29137505/>

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

6. Ministerio de Salud de la República Argentina. Recomendaciones de no hacer. 2021. [Internet] Consultado 23-1-2026 Disponible en <https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/no-hacer-flyer-2021.pdf>
7. Comité de Seguridad de Calidad y Seguridad del paciente. Seguridad del paciente. Rev Hosp. Niños (B. Aires) 2019; 61 (273):108.
8. Howick D, Koletsi D, Ioannidis JPA, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: A systematic review and meta-analysis. J Clin Epidemiol. 2022; 148:160–169 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35447356/>
9. Casarett D. The Science of *Choosing Wisely*—Overcoming the Therapeutic Illusion. N Engl J Med. 2016; 374 (13):1203–1205.
10. Expert Panel Working Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) administered and coordinated National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee (NAEPPCC); Cloutier MM, Baptist AP, Blake KV, et al. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. J Allergy Clin Immunol. 2020; 146(6):1217-1270. doi: 10.1016/j.jaci.2020.10.003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33280709/>
11. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014; 134(5):e1474-e1502. PMID: 25349312.
12. Trottier ED, Chan K, Allain D, et al. Managing the paediatric patient with an acute asthma exacerbation. Paediatr Child Health. 2021; 26(7):438-439. PMID: 34777663.
13. Schuh S, Lalani A, Allen U, et al. Evaluation of the utility of radiography in acute bronchiolitis. J Pediatr. 2007; 150(4):429-433. PMID: 17382126.
14. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, et al. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA. 2017; 318(5):462-471. PMID: 28763554.
15. Chun TH. Medical clearance: time for this dinosaur to go extinct. Ann Emerg Med. 2014; 63(6):676-677. PMID: 24342816.
16. Donofrio JJ, Santillanes G, McCammack BD, et al. Clinical utility of screening laboratory tests in pediatric psychiatric patients presenting to the emergency department for medical clearance. Ann Emerg Med. 2014; 63(6):666-675.e1. PMID: 24219903.
17. Donofrio JJ, Horeczko T, Kaji A, et al. Most routine laboratory testing of pediatric psychiatric patients in the emergency department is not medically necessary. Health Aff (Millwood). 2015; 34(5):812-8. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1309.
18. Thrasher TW, Rolli M, Redwood RS, et al. 'Medical Clearance' of Patients With Acute Mental Health Needs in the Emergency Department: A Literature Review and Practice Recommendations. WMJ. 2019; 118(4):156-163. PMID: 31978283.
19. Santillanes G, Donofrio JJ, Lam CN, et al. Is medical clearance necessary for pediatric psychiatric patients? J Emerg Med. 2014; 46(6):800-807. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.12.003.
20. Santiago LI, Tunik MG, Foltin GL, et al. Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. Pediatr Emerg Care. 2006; 22(2):85-89. doi: 10.1097/01.pec.0000199568.94758.6e.

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG

21. Berg JS, Payne AS, Wavra T, et al. Implementation of a Medical Clearance Algorithm for Psychiatric Emergency Patients. *Hosp Pediatr.* 2023; 13 (1): 66-71. doi.org/10.1542/hpeds.2022-006672.
22. Berger MY, Tabbers MM, Kuradijat AD, et al. Value of abdominal radiography, colonic transit time, and rectal ultrasound scanning in the diagnosis of idiopathic constipation in children: a systematic review. *J Pediatr.* 2012; 161(1):44-50.e2. PMID: 22341242.
23. Freedman SB, Rodean J, Hall M, et al. Delayed Diagnoses in Children with Constipation: Multi-center Retrospective Cohort Study. *J Pediatr.* 2017; 186:87-94.e16. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.03.061.
24. Freedman SB, Thull-Freedman J, Manson D, et al. Pediatric abdominal radiograph use, constipation, and significant misdiagnoses. *J Pediatr.* 2014; 164(1):83-88.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.08.074.
25. Kearney R, Edwards T, Bradford M, Klein E. Emergency Provider Use of Plain Radiographs in the Evaluation of Pediatric Constipation. *Pediatr Emerg Care.* 2019; 35(9):624-629. doi: 10.1097/PEC.0000000000001549
26. Pensabene L, Buonomo C, Fishman L, et al. Lack of utility of abdominal radiographs in the evaluation of children with constipation: comparison of different scoring methods. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010; 51(2):155-159. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181cb4309.
27. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 58(2):258-274. PMID: 24345831.
28. American Academy of Pediatrics. COVID-19 [Internet]. Itasca (IL): AAP; c2026 [actualizado 11 Dic 2025; citado 1 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.aap.org/en/patient-care/covid-19/>
29. Gill PJ, Richardson SE, Ostrow O, et al. Testing for Respiratory Viruses in Children: To Swab or Not to Swab? *JAMA Pediatrics.* 2017; 171(8):798-804. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.0786.
30. Innis K, Hasson D, Bodilly L, et al. Do I Need Proof of the Culprit? Decreasing Respiratory Viral Testing in Critically Ill Patients. *Hosp Pediatr.* 2021; 11(1):e1-e5. doi: 10.1542/hpeds.2020-000943. Epub 15 Dic. 2020. PMID: 3332339
31. Noël KC, Fontela PS, Winters N, et al. The Clinical Utility of Respiratory Viral Testing in Hospitalized Children: A Meta-analysis. *Hosp Pediatr.* 2019; 9(7):483-494. doi: 10.1542/hpeds.2018-0233
32. Parikh K, Hall M, Mittal V, et al. Establishing benchmarks for the hospitalized care of children with asthma, bronchiolitis, and pneumonia. *Pediatrics.* 2014; 134(3):555-62. doi: 10.1542/peds.2014-1052. PMID: 25136044
33. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA, et al. The Impact of *Choosing Wisely* Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. *Milbank Q.* 2021; 99(4):1024-1058. doi: 10.1111/1468-0009.12531.

Forma de citar: Sa3lerno S. *Choosing Wisely*: Elección inteligente.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (300):50-59

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum
Contacto: calidadyseguiridadguti@gmail.com

b. Medica pediatra, legista y auditora. Jefa del Departamento Técnico HNRG. Miembro del Comité de Calidad y Seguridad HNRG