

Priorización de actividades clínicas no recomendadas en Atención Primaria

Prioritization of non-recommended clinical activities in Primary Care

doi.org/10.23938/ASSN.0120

L. García Mochón^{1,2}, A. Olry de Labry Lima^{1,2,3}, C. Bermúdez Tamayo^{1,2,3}

RESUMEN

Fundamento. Priorización de las recomendaciones “no hacer” procedentes de la lista de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que no es correcto hacer en Atención Primaria (AP), a través de un consenso de profesionales expertos de medicina, farmacia y enfermería.

Método. Mediante un procedimiento online se solicitó a los expertos la valoración de cada una de las prácticas “no hacer” con cuatro criterios de priorización: frecuencia de ocurrencia, coste de la actividad, facilidad para la eliminación y daño ocasionado. Cada práctica se puntuó de uno a cinco en función de su recomendación para la eliminación, y las puntuaciones se resumieron en mediana y cuartiles. Fueron necesarias dos rondas para obtener consenso. Se utilizó la técnica e-Delphi modificada.

Resultados. En la primera ronda de consulta participaron 34 expertos (62%) que priorizaron 19 recomendaciones (puntuación $\geq 3,5$) que fueron analizadas en una segunda ronda en la que consensuaron priorizar 17 prácticas para no hacer en AP (13 de prescripción de medicamentos, tres de pruebas diagnósticas, y una de análisis clínico). La lista de muy alta prioridad incluyó siete prácticas con valores $\geq 4, 1$) prescripción de nuevo medicamento en mayores sin haber revisado los tratamientos previos, 2) prescripción de hipolipemiantes sin calcular el riesgo cardiovascular global, 3) prescripción de protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos, 4) autoanálisis de la glucosa en diabéticos tipo 2 no insulinizados, 5) prescripción de benzodiacepinas a largo plazo, 6) prescripción de bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura y 7) prescripción de antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior.

Conclusiones. Este estudio ofrece información para la priorización de diecisiete actividades “no hacer” en AP cuya desadopción en el corto plazo aumentaría considerablemente la eficiencia del sistema sanitario público.

Palabras clave. Recomendaciones “no hacer”. Desinversión. Sostenibilidad. Asignación de recursos. Atención Primaria.

ABSTRACT

Background: To prioritize non-recommended clinical activities in Primary Care (PC), from “Do not do” recommendations listed by the Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), according to expert consensus (physicians, nurses and pharmacists).

Methods. The consensus for the prioritization of non-recommended practices in PC was performed through an online procedure. We used as a base the list of “do not-do” recommendations of the SEMFYC. We asked the experts to prioritize practices that should be de-adopted in PC, based on four prioritization criteria: frequency of occurrence, cost of the activity, ease of disposal and damage caused, which were scored from one to five, according to their recommendation. Scores were summarized in median and quartile values. Two rounds were necessary to obtain a consensus. A modified e-Delphi technique was used.

Results. 34 experts (62%) participated in the first consultation round and prioritized 19 recommendations with a score ≥ 3.5 . These recommendations were again analyzed in a second round, in which 32 panelists agreed to prioritize 17 practices (13 related to prescription, three diagnostic tests, and one clinical analysis). The high priority list included seven practices with values ≥ 4.1) Prescription of a new drug in elderly patients without having reviewed the previous treatments; 2) Lipid-lowering drugs without calculating the overall cardiovascular risk; 3) Not systematically prescribing gastric protection with proton pump inhibitors to patients consuming Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs); 4) Glucose self-analysis in non-insulinized type 2 diabetics; 5) Benzodiazepines in the long term; 6) Bisphosphonates in patients with low risk of fracture; and 7) Antibiotics in lower respiratory tract infections.

Conclusion. This study provides information for the prioritization of 17 non-AP activities in which short-term de-adoption would significantly increase the efficiency of the public health system.

Keywords. “Do not do” recommendations. Disinvestment. Resource allocation. Primary Care.

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (3): 401-412

1. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Campus Universitario de Cartuja. Granada. España.
2. Instituto de Investigación Biosanitaria IBS. Hospitales Universitarios de Granada/Universidad de Granada.
3. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.

Recepción: 27/07/2017

Aceptación provisional: 09/10/2017

Aceptación definitiva: 14/11/2017

Correspondencia:

Clara Bermúdez Tamayo
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Cuesta del Observatorio, 4
18011 Granada
Email: clara.bermudez.easp@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

La situación de crisis económica ha favorecido la reflexión sobre el exceso de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que no aportan beneficios o incluso que pueden causar daño. La sobreutilización implica la eficiencia subóptima y el uso indebido de recursos, así como riesgos para la seguridad del paciente^{1,2}.

Es así como, en los últimos años, la preocupación sobre la sobreactuación clínica se ha ido extendiendo a través de un movimiento liderado fundamentalmente por las sociedades científicas. El movimiento “*less is more*”³ propone como primera medida la elaboración de listados con los procedimientos o pruebas que no deberían hacerse, porque no aportan valor o porque pueden ser perjudiciales. Estas actuaciones pretenden facilitar, además, el encuentro entre profesionales y pacientes para tomar decisiones compartidas acerca de los cuidados más apropiados, teniendo en cuenta las situaciones individuales⁴.

La búsqueda de la eficiencia en Atención Primaria (AP) es particularmente relevante para el conjunto del sistema sanitario. Existen pruebas que demuestran que los sistemas de AP eficaces contribuyen de manera determinante al desempeño general del sistema de salud⁵⁻⁷. Al mismo tiempo, el aumento de las enfermedades crónicas representa un reto importante debido tanto a la carga que representa para los sistemas de salud como a la carga presupuestaria que representa a largo plazo. Cabe destacar que el 90% de los medicamentos consumidos, que representan el 20% del gasto sanitario total, se prescriben en AP⁸.

En España, a raíz de la propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en abril de 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para consensuar recomendaciones “no hacer” basadas en la evidencia científica⁹. Posteriormente se han adherido a este proyecto cuarenta y ocho sociedades científicas y, de ellas, veintitrés han publicado sus recomendaciones. Así, la Sociedad Española de Medicina de Familia y

Comunitaria (SemFYC) cuenta actualmente con una lista de treinta recomendaciones “no hacer” en la práctica clínica diaria, incluida en los documentos “Recomendaciones ‘NO HACER’ (1ª y 2ª parte)”^{10,11}, que fueron sometidos a debate dentro de la sociedad científica en el periodo entre el XXXIV y el XXXV congreso de la SemFYC.

Hay una serie de factores que determinarán cuándo una práctica debe ser desadoptada (por ejemplo, la naturaleza de la intervención, la falta de efectividad o el grado de daño, la naturaleza de la evidencia)¹², y estos son la base para la definición de lista de recomendaciones “no hacer”. No obstante, el conocimiento por sí solo rara vez es suficiente para producir cambios relevantes en los patrones de la práctica clínica^{13,14}. Algunos factores específicos del proveedor pueden obstaculizar los esfuerzos para reducir el uso excesivo¹⁵. Entre los médicos, por ejemplo, la falta de acuerdo con recomendaciones específicas, la preocupación sobre la mala praxis, la falta de tiempo para hablar con los pacientes¹⁶ y el deseo de mantener a los pacientes satisfechos¹⁷ pueden plantear barreras para reducir el uso de algunos servicios^{18,19}.

Dado que estas iniciativas son recientes, existe poca información sobre su impacto. Un estudio publicado en JAMA¹⁸ ha encontrado que el impacto de la campaña de recomendaciones “no hacer” en Estados Unidos (*choosing wisely*) ha sido bastante modesto. Los autores han encontrado pocos cambios en la prescripción de medicamentos y pruebas diagnósticas. Por su parte, Zikmund-Fisher²⁰ analizó las barreras de los profesionales para implementar doce recomendaciones “no hacer”, y la preocupación con respecto a la viabilidad de dejar de hacer muchas de las prácticas indicadas volvió inútiles los posibles incentivos económicos asociados. De ello se desprende que sería conveniente priorizar las recomendaciones de acuerdo a su viabilidad antes de diseñar estrategias para conseguir su des-adopción¹².

El objetivo de este estudio es la priorización de las recomendaciones “no hacer” procedentes de la lista de la Semfyc de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o

de cuidados que no es correcto hacer en AP, a través de un consenso de profesionales expertos de medicina, farmacia y enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un proceso modificado de e-Delphi, con una primera ronda cerrada y formada por la lista de las recomendaciones “no hacer” de la Semfyc, excluyendo aquellas recomendaciones de urgencias (2016)^{10,11}, para la creación de un consenso sobre las “prácticas más viables para dejar de hacer” en AP, siguiendo un proceso de comunicación estructurado mediante el cual las opiniones de personas expertas son recopiladas y resumidas en contenido. Se considera que durante este proceso, el alcance de las respuestas convergerá hacia una respuesta “correcta”²¹. El proceso Delphi facilita la inclusión y la confidencialidad y es igualmente inclusivo independientemente de la ubicación geográfica o administrativa de un participante²².

Para garantizar una mayor imparcialidad en la selección de participantes, se solicitó a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria un listado de profesionales de medicina, farmacia y enfermería en el ámbito de AP que tuvieran experiencia con las actividades “no hacer” y estuvieran implicados con el objetivo del estudio, garantizándose la representatividad geográfica y por niveles asistenciales. Esta identificación se completó mediante el método bola de nieve. Las invitaciones se enviaron por correo electrónico, donde se explicaba el objetivo y desarrollo del estudio. Se enviaron un total de 54 invitaciones y 37 (69%) profesionales aceptaron participar.

Se diseñó un cuestionario tomando como punto de partida la lista de 30 recomendaciones “no hacer”^{10,11} (Anexo online) incluyendo 4 criterios de priorización:

- Frecuencia de ocurrencia: la condición o indicación de la práctica “no hacer” es muy frecuente por la alta prevalencia o incidencia de la condición que trata (*ej: hacer radiografías de pie y tobillo ante esguinces*)

- Coste de la actividad: el coste de la práctica “no hacer” requiere el uso de más recursos que otras alternativas existentes (medicamentos, fungible, revisiones, recursos humanos). (*ej: prescribir bifosfonatos a pacientes con bajo riesgo de fractura tiene mayor coste que las medidas preventivas no farmacológicas*)
- Facilidad para la eliminación de la práctica: viabilidad de dejar de hacer la práctica, considerando las posibles barreras del sistema y del paciente, así como los facilitadores (la disponibilidad de las alternativas de sustitución de tratamiento) (*Ej: la terapia cognitivo conductual alternativa al tratamiento con benzodicepinas es accesible en el sistema sanitario*)
- Daño ocasionado a corto y largo plazo, posibles efectos adversos, interacciones, etc. (*Ej: tratar con antibióticos y resistencia a largo plazo*).

Una práctica “no hacer” se definió como aquella práctica que no aporta beneficio, o la relación entre daño y beneficio no está clara, o porque no existe evidencia para aconsejar su uso sistemático.

Además, el cuestionario incluyó cuatro preguntas sobre sexo, experiencia en responsabilidades de gestión, lugar de trabajo y perfil profesional.

Los cuestionarios fueron enviados a través de correo electrónico, con una carta de invitación formal que contenía la información sobre el proyecto y el consentimiento del participante. El procedimiento de priorización se realizó a través de dos rondas de consulta:

- En la primera ronda se pidió a las personas expertas que priorizaran cada una de las 30 prácticas “no hacer” elaboradas por la SemFYC, considerando los criterios de priorización, y puntuando de uno a cinco cada práctica, siendo uno recomendación muy baja para eliminar la práctica clínica, y cinco recomendación muy alta.
- La segunda ronda se centró en lograr un consenso respecto a aquellas recomendaciones “no hacer” seleccionadas en la primera ronda donde las dis-

crepancias en las puntuaciones fueran mayores. Para ello, presentaron a las personas expertas los resultados de la primera ronda y se les pidió que realizaran el mismo procedimiento de priorización. Las puntuaciones de ambas fases se resumieron en medianas y cuarteles (Q1 y Q3), después de ponderar cada criterio con los siguientes coeficientes: 0,40 para los criterios de frecuencia y costes, y 0,20 para los criterios de facilidad para la eliminación de la práctica y daño ocasionado. Se incluyeron en la segunda ronda aquellas recomendaciones con una puntuación media $\geq 3,5$ en la primera ronda, elaborándose dos listas de actividades: una de “muy alta prioridad” (con aquellas recomendaciones que obtuvieron en la segunda ronda valores medianos ≥ 4) y otra de “alta prioridad” (con aquellas recomendaciones que obtuvieron en la segunda ronda valores medianos $\geq 3,5$ y < 4).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características de los 34 profesionales que respondieron

al cuestionario y participaron en la primera ronda. Dos de ellos no participaron en la segunda ronda. En las tablas 4 y 5 se presentan los resultados de la priorización para cada criterio y práctica “no hacer” en las dos rondas realizadas; las puntuaciones obtenidas en ambas rondas mostraron una baja dispersión.

En la primera ronda se seleccionaron un total de 19 recomendaciones con puntuaciones $\geq 3,5$, cinco de las cuales obtuvieron una puntuación mediana ≥ 4 :

1. No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.
2. No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a los pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.
3. No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.
4. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis (salvo que exista una alta sospecha de etiología es-

Tabla 1. Características de los profesionales expertos que participaron en el estudio

Categoría profesional	Experiencia en gestión N (%)		
	No	Sí	Total
Enfermería			
Hombre	1 (14,3)	2 (66,7)	3 (30,0)
Mujer	6 (85,7)	1 (33,3)	7 (70,0)
Medicina			
Hombre	12 (75)	1 (33,3)	13 (68,4)
Mujer	4 (25)	2 (66,7)	6 (31,6)
Farmacia			
Hombre	1 (100)	3 (100)	4 (100)
Total	24 (100)	9 (100)	33 (100)*
Hombre	14 (58,3)	6 (66,7)	20 (60,6)
Mujer	10 (41,7)	3 (33,3)	13 (39,4)

* Un profesional sanitario no cumplimentó la pregunta de perfil profesional.

treptocócica y/o que el resultado del test sea positivo).

5. No prescribir de manera sistemática heparinas de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con traumatismo de extremidades inferiores que no precisen intervención quirúrgica y no requieran inmovilización.

En la segunda ronda se evaluaron las 19 recomendaciones resultantes de la primera ronda, cuya frecuencia de puntuaciones en la priorización por criterios y prácticas “no hacer” de la segunda ronda se muestra en las tablas 2 y 3. Después de esta priorización, se seleccionaron 17 recomendaciones de prácticas “no hacer” en AP que obtuvieron una puntuación en la priorización $\geq 3,5$ (Tablas 4 y 5).

La lista de muy alta prioridad incluyó estas siete recomendaciones:

1. No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.
2. No tratar con fármacos hipolipemiantes en prevención primaria cardiovascular sin calcular el riesgo cardiovascular global, excepto en pacientes con hiperlipemias familiares o hereditarias.
3. No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones IBP a los pacientes que consumen AINE que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.
4. No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable.
5. No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.
6. No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura.
7. No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía.

La lista de alta prioridad incluyó diez recomendaciones:

1. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.
2. No prescribir de manera sistemática heparinas de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con traumatismo de extremidades inferiores que no precisen intervención quirúrgica y no requieran inmovilización.
3. No pautar paracetamol en dosis de 1g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.
4. No realizar de forma sistemática radiografías de pie y tobillo ante esguinces.
5. No prescribir AINE a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática o, en caso necesario, prescribirlos con mucha precaución.
6. No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.
7. No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
8. No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.
9. No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios.
10. No solicitar pruebas de imagen para la cefalea sin complicaciones.

Tabla 2. Frecuencia de las Puntuaciones en la priorización por criterios y prácticas “no hacer” en Atención Primaria (1ª Ronda)

		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
1. No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados	Daño	3	0	0	30	67
	Fac. eliminación	3	17	40	40	0
	Coste	0	7	10	27	57
	Frecuencia	0	0	0	38	62
2. En prevención primaria cardiovascular no tratar con fármacos hipolipemiantes sin calcular el riesgo cardiovascular global, excepto en pacientes con hiperlipemias familiares o hereditarias	Daño	3	3	21	62	10
	Fac. eliminación	7	13	47	23	10
	Coste	3	0	0	52	45
	Frecuencia	0	0	7	55	38
3. No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos que no presentan un riesgo aumentado de sangrado	Daño	7	3	28	55	7
	Fac. eliminación	6	16	45	23	10
	Coste	3	0	33	37	27
	Frecuencia	0	7	3	23	67
4. No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable	Daño	13	20	40	23	3
	Fac. eliminación	3	13	40	37	7
	Coste	3	0	3	31	62
	Frecuencia	3	7	7	60	23
5. No prescribir benzodiazepinas (e hipnóticos no benzodiazepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio	Daño	4	11	11	56	19
	Fac. eliminación	3	7	28	48	14
	Coste	3	0	10	69	17
	Frecuencia	0	3	7	66	24
6. No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura	Daño	7	3	23	57	10
	Fac. eliminación	7	7	50	33	3
	Coste	3	0	7	37	53
	Frecuencia	0	10	23	57	10
7. No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía	Daño	3	3	16	61	16
	Fac. eliminación	6	23	48	23	0
	Coste	3	0	13	74	10
	Frecuencia	0	0	13	48	39
8. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo	Daño	3	3	13	58	23
	Fac. eliminación	3	26	42	29	0
	Coste	3	6	19	61	10
	Frecuencia	0	16	0	48	35

Tabla 3. Frecuencia de las Puntuaciones en la priorización por criterios y prácticas “no hacer” en Atención Primaria (2ª Ronda).

		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
9. No prescribir de manera sistemática heparinas de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con traumatismo de extremidades inferiores que no precisen intervención quirúrgica y no requieran inmovilización.	Daño	0	13	50	27	10
	Fac. eliminación	3	10	23	40	23
	Coste	3	3	0	50	43
	Frecuencia	3	7	37	43	10
10. No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.	Daño	7	10	27	53	3
	Fac. eliminación	6	10	26	48	10
	Coste	10	16	48	23	3
	Frecuencia	0	0	0	3	97
11. No realizar de forma sistemática radiografías de pie y tobillo ante esguinces.	Daño	4	0	0	48	48
	Fac. eliminación	7	7	57	27	3
	Coste	3	0	43	47	7
	Frecuencia	0	3	10	60	27
12. No prescribir antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución.	Daño	3	0	13	67	17
	Fac. eliminación	27	20	33	17	3
	Coste	3	0	34	55	7
	Frecuencia	0	0	3	24	72
13. No prescribir benzodiazepinas (e hipnóticos no benzodiazepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.	Daño	7	10	13	70	0
	Fac. eliminación	3	20	37	37	3
	Coste	3	0	10	60	27
	Frecuencia	0	3	7	60	30
14. No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico del hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años	Daño	11	7	57	21	4
	Fac. eliminación	4	4	56	32	4
	Coste	4	4	4	38	50
	Frecuencia	4	11	21	61	4
15. No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.	Daño	4	4	18	61	14
	Fac. eliminación	3	20	37	33	7
	Coste	3	3	27	57	10
	Frecuencia	0	0	17	60	23
16. No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios	Daño	4	3	53	33	7
	Fac. eliminación	4	10	53	33	0
	Coste	3	0	21	69	7
	Frecuencia	0	0	17	63	20
17. No solicitar pruebas de imagen para la cefalea sin complicaciones.	Daño	7	3	47	43	0
	Fac. eliminación	4	13	30	50	3
	Coste	7	0	10	73	10
	Frecuencia	0	4	23	60	13

Tabla 4. Priorización de las recomendaciones “no hacer” seleccionadas a partir de las listas publicadas por la SEMFYC^{10,11}, prácticas incluidas

Orden de priorización	ACTIVIDAD “NO HACER”	1ª ronda			2ª ronda		
		Q1	Media	Q3	Q1	Media	Q3
1	No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.	3,8	4,3	4,8	4,2	4,4	4,3
2	En prevención primaria cardiovascular no tratar con fármacos hipolipemiantes sin calcular el riesgo cardiovascular global, excepto en pacientes con hiperlipemias familiares o hereditarias.	3,7	3,9	4,5	3,9	4,3	4,0
3	No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen aine que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.	3,0	4,0	4,5	3,7	4,1	4,0
4	No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable.	3,2	3,8	4,1	3,7	4,1	4,0
5	No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio	3,5	4,0	4,3	3,6	4,0	4,0
6	No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura.	3,5	3,9	4,3	3,6	4,0	4,0
7	No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía.	3,3	3,8	4,1	3,8	4,0	4,0
8	No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo	3,3	4,0	4,3	3,5	3,9	4,0
9	No prescribir de manera sistemática heparinas de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con traumatismo de extremidades inferiores que no precisen intervención quirúrgica y no requieran inmovilización.	3,1	4,0	4,3	3,5	3,9	4,0
10	No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.	3,5	3,9	4,3	3,6	3,9	4,0
11	No realizar de forma sistemática radiografías de pie y tobillo ante esguinces.	3,0	3,8	4,0	3,5	3,9	4,0
12	No prescribir antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución.	3,5	3,8	4,3	3,6	3,9	4,0
13	No realizar tratamiento intensivo de la glucemia en ancianos diabéticos, los objetivos de control deben ser más moderados en esta población	3,4	3,8	4,1	3,8	3,9	4,0
14	No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.	3,4	3,8	4,1	3,6	3,9	4,0
15	No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.	3,1	3,8	4,0	3,4	3,9	4,0
16	No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios.	3,4	3,6	4,1	3,5	3,9	4,0
17	No solicitar pruebas de imagen para la cefalea sin complicaciones.	3,3	3,6	4,0	3,5	3,8	4,0

Tabla 5. Priorización de las recomendaciones de “no hacer” seleccionadas a partir de las listas publicadas por la SEMFYC^{10,11}, prácticas excluidas

Orden de Priorización	ACTIVIDAD “NO HACER”	1ª ronda			2ª ronda		
		Q1	Media	Q3	Q1	Media	Q3
18	No descartar un síndrome coronario agudo por el hecho de presentar un electrocardiograma normal o anodino realizado fuera del episodio de dolor torácico.	3,3	3,8	4,0	3,2	3,5	4,0
19	No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad cardiovascular, la demencia o el deterioro de la función cognitiva, en mujeres posmenopáusicas.	3,2	3,8	4,3	3,2	3,5	4,0
20	No prescribir antibióticos en la sinusitis aguda, salvo que exista rinoorrea purulenta y dolor maxilofacial o dental durante más de 7 días, o cuando los síntomas hayan empeorado después de una mejoría clínica inicial.	3,2	3,5	4,0	n/a	n/a	n/a
21	No realizar chequeos (revisiones en salud) sistemáticos a personas asintomáticas.	3,0	3,5	4,1	n/a	n/a	n/a
22	No pautar corticoides orales más de 7-10 días en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en este caso no es necesaria la pauta descendente.	3,0	3,5	4,0	n/a	n/a	n/a
23	No mantener la doble antiagregación plaquetaria (aspirina y clopidogrel u otro inhibidor del receptor p2y12) durante más de 12 meses después de una angioplastia con implantación de stent.	3,0	3,5	4,0	n/a	n/a	n/a
24	No realizar de forma sistemática la determinación de antígeno prostático específico (cribado psa) en individuos asintomáticos.	3,1	3,5	4,1	n/a	n/a	n/a
25	No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.	3,0	3,5	4,3	n/a	n/a	n/a
26	No realizar citologías de cribado anualmente.	3,0	3,5	4,1	n/a	n/a	n/a
27	No realizar radiografías de senos para el diagnóstico de una probable rinosinusitis bacteriana aguda.	2,8	3,5	3,9	n/a	n/a	n/a
28	No interrumpir los dicumarínicos de forma sistemática en pacientes que vayan a ser sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos poco invasivos.	3,0	3,5	4,3	n/a	n/a	n/a
29	No tratar con fármacos la hiperuricemia asintomática (sin gota) salvo que las cifras sean muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en varones, y 10 mg/dl en mujeres) o en tratamientos oncológicos.	3,0	3,3	4,0	n/a	n/a	n/a
30	No realizar estudios de imagen como prueba diagnóstica en los pacientes con baja probabilidad pretest de tromboembolismo venoso o embolismo pulmonar.	2,8	3,0	3,8	n/a	n/a	n/a

DISCUSIÓN

Este estudio muestra una priorización de diecisiete actividades “no hacer” en AP, siete de muy alta prioridad y diez de alta prioridad, a partir de la lista de las recomendaciones “no hacer” de la SEMFYC^{10,11} y a través de un consenso de personas ex-

pertas del ámbito de la medicina, farmacia y enfermería. La priorización de estas diecisiete actividades de bajo valor añadido surgidas en este estudio facilitará la toma de decisiones y la definición de estrategias para su des-adopción, contribuyendo así a la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Los factores relacionados con la realización de prácticas innecesarias son múltiples, complejos y polémicos²³, y requieren de su estudio caso por caso, en función de sus particularidades. No obstante, aunque las recomendaciones de la SEMFYC están validadas bajo el respaldo de la sociedad científica, la des-adopción de estas prestaciones suele recaer en el buen hacer de los profesionales sanitarios, y viene condicionada por las barreras. De otro lado, los pacientes pueden desconfiar ante este tipo de actuaciones, condicionando a veces la actitud de los profesionales ante la eliminación de la práctica²⁴. Si bien los pacientes pueden encontrar estas recomendaciones particularmente difíciles de aceptar, también es posible que las creencias de los profesionales sobre las preocupaciones del paciente puedan ser inexactas y que las actitudes de los pacientes puedan cambiar con la comunicación efectiva. Así, Fisher²⁰ indicó que no se debe permitir que la anticipación de las preocupaciones de los pacientes genere dudas en los esfuerzos para la eliminación de prácticas de bajo valor, siendo probable que las intervenciones para la des-adopción de dichas prácticas impliquen esfuerzos de implementación que deben adaptarse según las barreras específicas de cada recomendación. Tal adaptación puede ser crítica para producir reducciones significativas en el uso excesivo de servicios de salud de bajo valor. Esto implica que las estrategias de des-adopción lleven aparejadas también una inversión en coste de información y comunicación que requieren el compromiso de toda una organización²⁴.

Según muchos facultativos, las demandas y expectativas de los pacientes son la principal causa de la persistencia de numerosas intervenciones con bajo valor¹⁵, aunque algunos estudios sugieren que esto no siempre es el caso¹⁸. Así, algunos estudios han probado la efectividad de algunas intervenciones, como la interrupción de las benzodiacepinas en ancianos²⁵.

Con respecto a las limitaciones del estudio, en primer lugar hay que mencionar que nuestra tasa de respuesta es aceptable con estudios de estas características²⁰. Sin

embargo, al igual que con cualquier estudio cualitativo, existe la posibilidad que aquellas personas con fuertes opiniones sobre el uso excesivo o las recomendaciones de prácticas “no hacer” pudieran haber decidido no participar en el estudio. Por otra parte, es posible que la percepción de los profesionales les haga pensar que ciertas recomendaciones (y no otras) son más fáciles de seguir. Finalmente, existe la posibilidad de que el sesgo de deseabilidad social indujera a los encuestados a sobrevalorar la probabilidad de ser des-adaptadas de ciertas prácticas. Sin embargo, no se puede obviar que, independientemente del grado en que se produjeran estos sesgos, el grado de consenso fue bastante alto en las dos rondas.

La iniciativa *Choosing Wisely* está ahora en por lo menos dieciocho países²⁶. El reto actual es des-adaptar de forma efectiva todas las prácticas identificadas por las sociedades científicas. Muchos profesionales sanitarios están sensibilizados para modificar sus prácticas, lo cual representa un impacto potencial importante para el conjunto del sistema sanitario en términos de calidad y eficiencia²⁷. No obstante, existen muchos obstáculos para la modificación de las prácticas clínicas, incluida la limitada capacidad de los profesionales para utilizar y asumir el conocimiento y evaluar su calidad y sus implicaciones prácticas^{28,29}. Incluso cuando los esfuerzos de difusión de la información han sido exitosos, el comportamiento de los profesionales sanitarios es posible que no cambie³⁰. El cambio de la conducta clínica generalmente requiere estrategias de múltiples facetas a múltiples niveles³¹, dirigidas a: reducir los tiempos de espera innecesarios para los pacientes, reducir las intervenciones motivadas por la medicina defensiva y educar a profesionales y pacientes sobre los riesgos del sobrediagnóstico y del sobretratamiento. Las revisiones sistemáticas que han evaluado el impacto de las intervenciones para el cambio en la práctica clínica^{32,33} indican que las más eficaces son aquellas que combinan varios enfoques, particularmente programas de capacitación, líderes de opinión y evaluaciones. Sin embargo, aunque

estas revisiones ayudan a proporcionar una mejor comprensión del fenómeno, la evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones sigue siendo escasa³⁴.

Los responsables políticos y gestores sanitarios deben implementar intervenciones que faciliten el trabajo de los profesionales, incentivar la des-adopción de prácticas de bajo valor, atenuar las barreras y potenciar los facilitadores. En nuestro entorno la medida o intervención implementada han sido los “incentivos de productividad”. En el estudio de Zikmund-Fisher²⁰, un 38% de los profesionales señalaron que su principal motivación para des-adoptar prácticas era la compensación económica. No obstante, estos datos corresponden a Estados Unidos, que tiene un sistema de pago a profesionales muy diferente al del Sistema Nacional de Salud español.

En conclusión, este estudio ofrece información para la priorización de diecisiete actividades “no hacer” en AP cuya des-adopción a corto plazo aumentaría considerablemente la eficiencia del sistema sanitario público.

Agradecimientos

Los autores quieren manifestar su agradecimiento a las siguientes personas, quienes participaron como expertos/as y/o evaluadores/as:

Francisco Atienza, Mercedes Barroso, Juan Carlos Domínguez Camacho, Juan Ruiz-Canela Cáceres, Inmaculada Gabaldón Rodríguez, Guillermo Velázquez Giménez de Cisneros, Beatriz Pascual de la Pisa, Francisco Javier Castro Martínez, Antonio Fernández Natera, Pablo García, Francisco José Guerrero García, María Josefa Mayoral Sánchez, María Inmaculada Mesa Gallardo, Andrés Moreno Corredor, M^a Ángeles Ortiz Camuñez, Juan Ortiz, Jesús Pardo Álvarez, Alejandro Granados Alba, Francisco Javier Martín Santos, Juan Carlos Morilla, Leopoldo Palacios, M^a Ángeles López Valverde, Nieves Lafuente, Jose Lupiáñez Castillo, Filomena García, Felisa Gálvez Ramírez, Almudena Martín Mérida, Juan Pedro Batres Sicilia, Alejandro Pérez Milena, Paloma Porrás Martín, Jesús Sepúlveda, María Isabel

Gómez, Rafael Lebrero, María Belén Ruiz Lupión, María José Ariza, Vidal Barchilon, Herminia Moreno.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE BOER M-J, VAN DER WALL EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. *Neth Heart J* 2013; 21: 1-2.
2. CASSEL CK, GUEST JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012; 307: 1801-1802.
3. GODLEE F. Less medicine is more. *BMJ*. 2009; 338. doi.org/10.1136/bmj.b2561
4. WOLFSON D, SANTA J, SLASS L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med* 2014; 89: 990-995.
5. European Commission. Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities” (2009). Primary care in Europe. Unit E1 – Social and Demographic Analysis <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>
6. European Commission and the Economic Policy Committee (2010). Joint Report on Health Systems. Occasional Papers 74. doi: 10.2765/10069
7. Organisation for Economic Co-operation and Development Directorate for Employment, Labour And Social Affairs (2008). Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paper No. 30. <http://www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf>
8. Saltman, R.B., Rico, A, Boerma W. The European observatory on health systems and policies (2006). Primary care in the driver's seat?: Organizational reform in European primary care. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para consensuar recomendaciones “no hacer” basadas en la evidencia científica 2013. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm
10. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para el proyecto Recomendaciones “No hacer”. Recomendaciones NO HACER. 2014 <http://e-documentossemfyc.es/recomendacion->

- para-no-hacer-de-la-sociedad-espanola-de-medicina-de-familia-y-comunitaria/ Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones “No hacer”. Consultado el 9 de febrero de 2017.
11. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para el proyecto Recomendaciones “No hacer”. Recomendaciones NO HACER (2a parte). 2015. <http://e-documentossemfyc.es/recomendaciones-no-hacer-2-a-parte/>. Consultado el 2 de septiembre de 2017.
 12. NIVEN DJ, MRKLAS KJ, HOLODINSKY JK, STRAUS SE, HEMMELGARN BR, JEFFS LP et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC Med* 2015; 13: 255. doi: 10.1186/s12916-015-0488-z.
 13. POWELL BJ, McMILLEN JC, PROCTOR EK, CARPENTER CR, GRIFFEY RT, BUNGER AC et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev* 2012; 69: 123-157.
 14. CABANA MD, RAND CS, POWE NR, WU AW, WILSON MH, ABBOUD PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
 15. POWELL AA, BLOOMFIELD HE, BURGESS DJ, WILT TJ, PARTIN MR. A conceptual framework for understanding and reducing overuse by primary care providers. *Med Care Res Rev* 2013; 70: 451-472.
 16. BARON RJ. What's keeping us so busy in primary care? A snapshot from one practice. *N Engl J Med* 2010; 362: 1632-1636.
 17. CARMAN KL, MAURER M, YEGIAN JM, DARDESS P, MCGEE J, EVERS M et al. Evidence that consumers are skeptical about evidence-based health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 1400-1406.
 18. ROSENBERG A, AGIRO A, GOTTLIEB M, BARRON J, BRADY P, LIU Y et al. Early trends among seven recommendations from the choosing wisely campaign. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1913-1920.
 19. BUIST DSM, CHANG E, HANDLEY M, PARDEE R, GUNDERSEN G, CHEADLE A et al. Primary care clinicians' perspectives on reducing low-value care in an integrated delivery system. *Perm J* 2016; 20: 41-46.
 20. ZIKMUND-FISHER BJ, KULLGREN JT, FAGERLIN A, KLAMERUS ML, BERNSTEIN SJ, KERR EA. Perceived barriers to implementing individual choosing wisely(R) recommendations in two national surveys of primary care providers. *J Gen Intern Med* 2017; 32: 210-217.
 21. KEENEY S, MCKENNA H, HASSON F. The Delphi technique in nursing and health research. New Jersey: John Wiley & Sons, 2010.
 22. HASSON F, KEENEY S, MCKENNA H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1008-1015.
 23. RICH EC. Barriers to Choosing Wisely(R) in Primary Care: It's Not Just About “the Money”. *J Gen Intern Med* 2017; 32: 140-142.
 24. COLLA CH, KINSELLA EA, MORDEN NE, MEYERS DJ, ROSENTHAL MB, SEQUIST TD. Physician perceptions of choosing wisely and drivers of overuse. *Am J Manag Care* 2016; 22: 337-343.
 25. TANNENBAUM C, MARTIN P, TAMBLYN R, BENEDETTI A, AHMED S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 890-898.
 26. KURDYAK P, WIESENFELD L, SOCKALINGAM S. Choosing wisely? Let's start with working wisely. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 25-28.
 27. BERNAL-DELGADO E, GARCIA-ARMESTO S, PEIRO S. Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: the Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy* 2014; 114: 15-30.
 28. GRIMSHAW JM, ECCLES MP, LAVIS JN, HILL SJ, SQUIRES JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012; 7: 50. doi: 10.1186/1748-5908-7-50
 29. CHOI BCK, PANG T, LIN V, PUSKA P, SHERMAN G, GODDARD M et al. Can scientists and policy makers work together? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 632-637.
 30. YANA R, JO R-M. Getting guidelines into practice: a literature review. *Nurs Stand* 2004; 18: 33-40.
 31. GAGLIARDI AR, ALHABIB S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement Sci* 2015; 10: 54. doi: 10.1186/s13012-015-0247-8
 32. GRIMSHAW JM, SHIRAN L, THOMAS R, MOWATT G, FRASER C, BERO L et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39 (8 Suppl 2): II2-45.
 33. OSTINI R, HEGNEY D, JACKSON C, WILLIAMSON M, MACKSON JM, GURMAN K et al. Systematic review of interventions to improve prescribing. *Ann Pharmacother* 2009; 43: 502-513.
 34. DAGENAIS C, LAURENDEAU M-C, BRIAND-LAMARCHE M. Knowledge brokering in public health: A critical analysis of the results of a qualitative evaluation. *Eval Program Plann* 2015; 53: 10-17.