

Dejar de hacer lo que no hay que hacer

Ceasing to do what shouldn't be done

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0371>

J.J. Mira¹, Y. Agra², P. Astier³, J. Caro⁴, C. Silvestre⁵, G. Olivera⁶, M.P. Calvo⁷, J. Aranz⁸

Sr. Editor:

Las iniciativas *Less is More, Slow Medicine, Too Much Medicine, Do Not Harm, Smarter Medicine, Promoting Good Stewardship in Clinical Practice, Choosing Wisely, Do not Do recommendations* o, en España, el Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, comparten un mismo objetivo: evitar las prácticas clínicas que no aportan ningún beneficio a los pacientes o que les someten a riesgos superiores a sus beneficios. Estas iniciativas aplican una metodología similar: establecer, en base a la evidencia científica o el consenso profesional, lo que no hay que hacer en la práctica clínica en hospitales y atención primaria (AP).

El problema de la sobreutilización no es nuevo. Afecta a los sistemas de salud

tanto de países ricos como en desarrollo, a todas las especialidades médicas y al conjunto de profesiones sanitarias. Hasta hace unos años no se contaba con el consenso suficiente para señalar cuándo existía sobreutilización, ni sobre cómo actuar para evitar prácticas innecesarias. Este panorama ha cambiado radicalmente. El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), en 2007 y el *Advancing Medical Professionalism to Improve Health Care* del *American Board of Internal Medicine* (ABIM), en 2009, propusieron un enfoque distinto para afrontar la sobreutilización: identificar lo que sin duda no había que hacer. Este conjunto de recomendaciones orienta a los profesionales sobre lo que no debe hacerse, los denominados “No Hacer”: prácticas que todavía hoy son relati-

An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (1): 101-103

1. Atención Primaria. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Alicante.
2. Área de Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid.
3. Centro de Salud de Tauste. Servicio Aragonés de Salud. Tauste.
4. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona.
5. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
6. Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.
7. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.
8. Hospital Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Correspondencia:

José Joaquín Mira
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández
Edificio Altamira
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
E-mail: jose.mira@umh.es

Recepción: 13/09/2018
Aceptación definitiva: 18/10/2018

vamente frecuentes pero de las que existe suficiente evidencia para considerarlas inadecuadas e innecesarias.

Las campañas para difundir los “No Hacer” se han extendido en muchos países. El alcance de *Choosing Wisely* (elegir sabiamente), liderada por ABIM, ha sido muy notable. En nuestro país, y desde el año 2013, el Ministerio de Sanidad financia y promueve el proyecto *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España*, como respuesta a la propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) para acordar recomendaciones de “No Hacer” basadas en la evidencia científica, con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias¹. Este proyecto, en el que participan alrededor de cincuenta sociedades científicas para identificar lo que no hay que hacer, es coordinado metodológicamente por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), a través de Guía Salud.

Pero una cosa es identificar qué no hay que hacer, otra difundir lo que no debe hacerse y otra distinta es dejar de hacer lo que no hay que hacer.

Actualmente NICE recomienda más de 850 “No Hacer”, y *Choosing Wisely* más de 400. Aunque son muchas las coincidencias, entre iniciativas nacionales e internacionales suman un más que elevado número de “No Hacer”. La proliferación de estas recomendaciones no supone que la práctica clínica se modifique, y corre el riesgo de quedarse solo en una moda lo que supondría, realmente, un nuevo “No Hacer”. Algunos grupos han empezado a desbrozar la maraña de estas recomendaciones señalando prioridades para empezar a evitar prácticas innecesarias o de escaso valor. La lógica es sencilla: centrar la atención en los “No Hacer” más frecuentes, y que suponen un mayor riesgo para la seguridad de los pacientes, para estimular que los profesionales los apliquen y, por ende, reducir la presión que reciben de los propios pacientes que, en algunos casos, justifican que sigan estos “No Hacer”. El estudio de García-Monchón y col² va en esta dirección y ha identificado siete dianas prioritarias de lo que no hay que hacer en AP.

Hasta ahora, la difusión de los “No Hacer” es pobre dentro y fuera de España. La iniciativa del Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas es desconocida, al menos, para el 58% de los médicos hospitalarios³ y el 56% de los profesionales de AP⁴. Las iniciativas para que conozcan prácticas de autocuidado que no deben de hacer son, todavía, menos conocidas entre los pacientes, aunque *Choosing Wisely* ha dedicado especial atención a este colectivo⁵, al igual que otros grupos en España⁶. Al mismo tiempo, hay que considerar que el éxito de estas iniciativas requiere conocer los “No Hacer” y ofrecer herramientas a los profesionales para que expliquen a sus pacientes por qué no hacen lo que no hay que hacer, de forma que los pacientes lo entiendan y lo apoyen⁷.

Los datos disponibles sugieren que el éxito a la hora de no hacer lo que no hay que hacer es, hasta ahora, inferior al que sería deseable⁸. En EEUU, por ejemplo, se ha detectado un incremento del 2% en el uso inadecuado de AINE (del 14,4 al 16,2%) mientras que nuestros datos preliminares sugieren que, en España, hasta un 15% de las prescripciones de AINEs en AP debería haberse evitado. Algunos de los “No Hacer” que entrañan mayor riesgo para los pacientes siguen siendo frecuentes en la práctica clínica⁹ (hasta un 71% de la prescripción de benzodiazepinas en mayores de 75 años podría considerarse inadecuada, datos no publicados). La medicina defensiva, la propia costumbre de lo que se ha venido haciendo, los incentivos inadecuados, la influencia de la industria o la presión de los propios pacientes dificultan este cambio de comportamiento^{7,10}. El conjunto del sistema de salud necesita contar con datos contrastados sobre la frecuencia de los “No Hacer” para poder reducir la sobreutilización.

El Proyecto Essencial, liderado por la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* (AQuAS), ha identificado prácticas innecesarias y elaborado recomendaciones para evitarlas. Así mismo, ha ido un paso adelante calculando la frecuencia de los “No Hacer” e implementando estas recomendaciones en AP, para lo que ha creado, junto con la colaboración

de proveedores sanitarios (*Institut Català de la Salut*), indicadores para realizar el seguimiento de la implementación¹. Asimismo, el IACS está analizando la frecuencia de ciertos “No Hacer” priorizados en la comunidad autónoma de Aragón mediante la plataforma de big data BIGAN, y está previsto poner en marcha algoritmos de ayuda a la prescripción que tienen en cuenta los “No Hacer”.

Estos esfuerzos, y otros que se están empezando a poner en práctica, seguro que van a contribuir a que pronto veamos cómo los “No Hacer” dejan de hacerse paulatinamente. En definitiva, desde la planificación y gestión sanitaria, la clínica, el mundo académico y las asociaciones de pacientes hay que encontrar las fórmulas para promover “dejar de hacer lo que no hay que hacer”.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/cal_sccc.htm.
2. GARCÍA-MOCHÓN L, OLRÍ DE LABRY A, BERMÚDEZ-TAMAYO L. Priorización de actividades clínicas no recomendadas en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 401-412. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0120>
3. ZAMBRANA-GARCÍA JL, LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO A. Actitudes de los médicos hacia el problema de las pruebas y los procedimientos innecesarios. *Gac Sanit* 2016; 30: 485-486. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.007>
4. MIRA JJ, CARRILLO I, PÉREZ-PÉREZ P, OLIVERA G, SILVESTRE C, NEBOT C et al. Grado de conocimiento entre médicos de familia, pediatras y enfermería de la campaña Compromiso por la Calidad y de recomendaciones No hacer para Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 47-55. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0228>
5. LEVINSON W, KALLEWAARD M, BHATIA RS, WOLFSON D, SHORTT S, KERR EA et al. “Choosing Wisely”: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 167-174. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821>
6. VILLAR-ÁLVAREZ F, MORENO-ZABALETA R, MIRA JJ, CALVO-CORBELLA E, DÍAZ-LOBATO S, GONZÁLEZ-TORRALBA F et al. Do not do in COPD: consensus statement on overuse. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018; 13: 451-463. <https://doi.org/10.2147/COPD.S151939>
7. MIRA JJ, CARRILLO I, SILVESTRE C, PÉREZ-PÉREZ P, NEBOT C, OLIVERA G et al. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients’ requests. *BMJ Open* 2018; 8: e021339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021339>
8. 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. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5441>
9. MIRA JJ, CARO-MENDIVELSO J, CARRILLO I, GONZÁLEZ DE DIOS J, OLIVERA G, PÉREZ-PÉREZ P et al. Low-value clinical practices and harm caused by nonadherence to “do not do” recommendations in primary care in Spain: A Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2018. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy203>
10. MIRA JJ, CARRILLO I, Grupo SOBRINA. Medicina Defensiva en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 273-275. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0296>

