



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Utilización de prácticas inefectivas en atención primaria: opinión de los profesionales



L. Domínguez Bustillo^a, J.I. Barrasa Villar^{a,b,*}, S. Castán Ruíz^c,
F.J. Moliner Lahoz^{a,b} y C. Aibar Remón^{a,b}

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Atención Primaria del Sector Zaragoza III, Zaragoza, España

Recibido el 27 de enero de 2014; aceptado el 11 de abril de 2014

Disponible en Internet el 10 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Mal uso de servicios
sanitarios;
Prestación de
atención de salud;
Procedimientos
innecesarios;
Pautas en la práctica
de los médicos;
Recursos en salud;
Efectividad

Resumen

Objetivo: Estimar la frecuencia de prácticas inefectivas en la atención primaria (AP) en función de la opinión de profesionales clínicos, así como valorar la importancia, consecuencias y factores que pueden estar contribuyendo a su mantenimiento.

Material y métodos: Encuesta de opinión *online* a una muestra de conveniencia de 575 profesionales de la AP seleccionados a partir de artículos publicados en los últimos años de las revistas *Atención Primaria* y *Semergen*.

Resultados: Respondieron 212 encuestados (37%). Para el 70,6% (IC 95%: 64,5-73,7) el problema de las prácticas inefectivas resultó frecuente o muy frecuente en AP y la importancia fue valorada con una puntuación media de 7,3 (DE = 1,8) sobre 10. Las principales consecuencias de las prácticas inefectivas fueron poner en peligro la sostenibilidad del sistema (48,1%; IC 95%: 41,2-54,9) y el daño a los pacientes (32,1%; IC 95%: 25,7-38,5). Contribuyeron a su mantenimiento los propios pacientes (28%; IC 95%: 22,6-35,0), la carga de trabajo (26,4%; IC 95%: 20,3-32,5) y la falta de formación continuada (19,3%; IC 95%: 13,9-24,7). Los procesos clínicos con mayor grado de utilización inadecuada fueron la prescripción de antibióticos en determinadas infecciones, la periodicidad del cribado del cáncer de cérvix, el control farmacológico de la diabetes tipo 2, la utilización de psicofármacos en ancianos y el uso de analgésicos en pacientes con hipertensión o insuficiencia renal.

Conclusiones: La utilización de intervenciones inefectivas en AP fue apreciada como un problema muy relevante que afectaría a muchos pacientes, pondría en peligro la sostenibilidad del sistema y causaría daño a los pacientes.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jbarrasa@salud.aragon.es (J.I. Barrasa Villar).

KEYWORDS

Primary healthcare;
Health services
misuse;
Delivery of
healthcare;
Unnecessary
procedures;
Physician practice
patterns;
Health resources;
Effectiveness

Use of ineffective practices in primary health care: Professional opinions**Abstract**

Objective: To estimate the frequency of ineffective practices in Primary Health Care (PHC) based on the opinions of clinical professionals from the sector, and to assess the significance, implications and factors that may be contributing to their continuance.

Material and methods: An on line survey of opinion from a convenience sample of 575 professionals who had published articles over the last years in *Atención Primaria* and *Semergen* medical journals.

Results: A total of 212 professionals replied (37%). For 70.6% (95% confidence interval [CI] 64.5 to 73.3) the problem of ineffective practices is frequent or very frequent in PHC, and rate their importance with an average score of 7.3 (standard deviation [SD] = 1.8) out of 10. The main consequences would be endangering the sustainability of the system (48.1%; 95% CI, 41.2 to 54.9) and harming patients (32.1%; 95% CI, 25.7 to 38.5). These ineffective practices are the result of the behaviour of the patients themselves (28%; 95% CI, 22.6 to 35.0) workload (26.4%; 95% CI, 20.3 to 32.5), and the lack of the continuous education (19.3%; 95% CI, 13.9 to 24.7). Clinical procedures of greatest misuse are the prescribing of antibiotics for certain infections, the frequency of cervical cancer screening, rigorous pharmacological monitoring of type 2 diabetes in patients over 65 years, the use of psychotropic drugs in the elderly, or the use of analgesics in patients with hypertension or renal failure.

Conclusions: The use of ineffective procedures in PHC is considered a very important issue that negatively affects many patients and their treatment, and possibly endangering the sustainability of the system and causing harm to patients.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Actualmente hay un gran movimiento de ámbito internacional que busca identificar y reducir el uso de aquellas intervenciones de salud que ofrecen beneficios marginales, ya sea por el uso excesivo, mal uso o desperdicio. Las razones para este movimiento son de 3 tipos: 1) la primera de naturaleza ética, debido a que las pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios pueden causar daño en los pacientes sin proporcionarles ningún beneficio; 2) la segunda de carácter científico-técnico, pues la calidad asistencial y la buena práctica están reñidas con cualquier actuación innecesaria; y 3) la tercera de índole económica, ya que la contención de los costes sanitarios y la sostenibilidad de los sistemas asistenciales deben lograrse no con recortes indiscriminados, sino a partir de la eliminación de las intervenciones inefectivas y la difusión de las más coste-efectivas^{1,2}.

Quizá los exponentes máximos de este movimiento han sido las iniciativas del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE)³ o la más reciente de «elegir sabiamente» (*choosing wisely*), liderada en EE. UU. por la ABIM Foundation⁴. Sin embargo, otras iniciativas han aparecido también en otros países⁵, incluido recientemente España⁶, impulsadas en ocasiones por agrupaciones de pacientes⁷ o respaldadas, en otros casos, por medios de difusión científica como *The British Medical Journal* que ha lanzado una campaña al respecto^{8,9}, o JAMA, que tiene un apartado específico para los artículos relacionados con este tema (*Less is more*). El problema es tan importante que incluso se ha llegado a sugerir que la sobreutilización tecnológica y, en especial, el sobrediagnóstico podría

ser la norma y no la excepción en la práctica médica actual¹⁰.

Aunque la mayoría de las prácticas señaladas como inefectivas tienen que ver con el uso de tecnología de alto coste en los centros de atención especializada, algunas de ellas, como la prescripción de determinadas pruebas diagnósticas o el uso de antibióticos también tienen relación con la atención primaria (AP), que es el elemento central del sistema sanitario y el primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud¹¹⁻¹³.

Existen algunos estudios parciales en el ámbito de la AP, en relación principalmente con la adecuación de la prescripción y el gasto farmacéutico¹⁴; los factores asociados a las derivaciones inadecuadas entre AP y especialistas¹⁵; o la utilización de pruebas de laboratorio¹⁶, pero no tenemos información suficiente sobre el grado de penetración que podrían tener estas prácticas inefectivas en la AP, ni tampoco sobre la consciencia que tienen los profesionales de la magnitud de ese problema o de la propia inefectividad de alguna de las prácticas identificadas como de bajo valor y que pueden estar practicándose en ese nivel asistencial¹³.

Disminuir en lo posible el consumo sanitario inapropiado se ha convertido en un aspecto fundamental de la racionalidad en las políticas sanitarias que la crisis económica ha puesto sobre el tapete¹⁷. En España el gasto sanitario total ha pasado a representar el 9,6% del producto interior bruto en 2010, generándose en AP el 37% del mismo, con un crecimiento medio anual per cápita del 2,5% en el período 2000-2010¹⁸. Una buena parte de ese gasto, sin duda, estaría relacionado con intervenciones innecesarias o de utilidad cuestionable y su eliminación

sería una de las vías más apropiadas para racionalizar ese gasto.

En ese sentido, los objetivos del presente estudio fueron: estimar la frecuencia y valorar la importancia que los médicos de AP conceden a la utilización de prácticas inefectivas en su ámbito asistencial, así como las consecuencias que podrían estar ocasionando, los factores que estarían contribuyendo a su mantenimiento e identificar las principales áreas de intervención, para lograr mejoras en esta cuestión.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio descriptivo en el que se analizaron las respuestas a una encuesta de opinión sobre la utilización de algunas intervenciones consideradas infectivas realizada a una muestra de médicos de AP, que fue seleccionada a partir de los autores de contacto reseñados en artículos publicados en las revistas *Atención Primaria* y *Semergen*.

Ámbito de estudio

Sin una demarcación geográfica específica, se utilizó un ámbito de conveniencia que pretendía representar la visión personal de determinados informadores clave, como son quienes publican estudios en esas revistas, órganos de difusión de las 2 principales sociedades médicas de AP de España, con un desempeño profesional activo y una especial inquietud investigadora.

Selección de la muestra

Se revisaron los números publicados de las revistas citadas entre enero de 2008 y junio de 2013, obteniéndose las direcciones de los correos de contacto de los autores. Se descartaron, cuando fue posible porque así constaba en las credenciales, todos aquellos que no fueran médicos o cuyo ámbito de trabajo no fuera la AP. Se reunió así una muestra inicial de 792 potenciales profesionales a encuestar, que finalmente se redujo a 575 tras eliminar 163 (20,6%) de las direcciones de correo que no estaban activas y otras 54 (6,8%) cuyo titular manifestó no trabajar en el ámbito de la AP.

Diseño del cuestionario

Dos de los autores revisaron de forma independiente la lista completa de Choosing-Wisely⁴ para identificar aquellos procedimientos o prestaciones que se utilizaban en el ámbito de la AP, resolviendo posteriormente, tras un proceso de discusión y consenso informal, tras consulta de la cartera de servicios de AP del Sistema Nacional de Salud, cualquier diferencia en las prestaciones seleccionadas.

Con las 17 intervenciones seleccionadas de esta manera se elaboró un cuestionario para que los profesionales valorasen la frecuencia de uso de dichas prácticas teniendo en cuenta su propia experiencia profesional, su entorno habitual de trabajo y tomando como referencia la población

de casos en los que esa intervención fuera de aplicación. Para cuantificar dicha opinión se estableció una escala tipo Likert graduada en 5 niveles de respuesta: 1) muy raramente (< 1% de los casos); 2) ocasionalmente (1-10% de los casos); 3) con cierta frecuencia (10-25% de los casos); 4) con bastante frecuencia (25-50% de los casos); y 5) en la mayoría de los casos (> 50% de los casos). Adicionalmente se añadieron otras 5 preguntas de carácter general sobre la frecuencia, relevancia y repercusiones que la utilización de prácticas inefectivas estaba teniendo en AP.

Se utilizó la plataforma de Google Drive para elaborar, remitir y administrar *on line* el cuestionario. Previamente se realizó una prueba piloto con 7 personas que trabajaban en AP para comprobar el grado de comprensión de las preguntas y el buen funcionamiento de su cumplimentación.

Tiempo del estudio

El cuestionario se remitió de forma personalizada y acompañado de una carta de presentación explicativa a los correos de la muestra seleccionada a principios de junio de 2013 (días 3 y 4), cerrándose la recepción de respuestas el 3 de julio de 2013.

Variables recogidas

Además de las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario se recogió información sobre las variables del médico: sexo, grupo de edad, años de experiencia y frecuencia de lectura de artículos científicos al año. No se incluyó la C. A. de origen para evitar la sensación de pérdida de anonimato de los encuestados y facilitar la participación.

Análisis estadístico

Las posibles diferencias en la opinión de los encuestados se analizaron con las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson (variables cualitativas) y el test de Kruskal-Wallis (variables cuantitativas). Para ello, las variables respuesta se agruparon siempre en 3 grupos: «< 10% de los casos» (escalas 1 y 2 de Likert); «entre el 10 y el 25% de los casos» (escala 3 de Likert) y «> 25% de los casos» (escalas 4 y 5 de los casos). De la misma forma se agruparon los años de experiencia profesional (menos de 10 años de experiencia; entre 11 y 20 años de experiencia y más de 20 años de experiencia) y los artículos científicos leídos al año (menos de 10 artículos leídos al año, entre 11 y 20 artículos al año y más de 20 artículos leídos al año). El nivel de significación estadística se estableció para cualquier valor $p \leq 0,05$.

Resultados

Tasa de respuesta y perfil de respondedores

Se recibieron 212 respuestas, lo que representa una tasa de respuesta de 36,9%. La mayoría eran varones, de entre 50 y 59 años, con más de 20 años de experiencia profesional y que acostumbraban a leer más de 20 artículos científicos al año (tabla 1).

Tabla 1 Características de los médicos de atención primaria que contestaron la encuesta (n = 212)

	N.º (%)
Sexo	
Hombres	86 (40,6)
Mujeres	126 (59,4)
Edad	
< 30 años	5 (2,4)
De 30-39 años	52 (24,5)
De 40-49 años	62 (29,2)
De 50-59 años	89 (42,0)
≥ 60 años	4 (1,9)
Años de experiencia profesional	
≤ 5 años	12 (5,7)
De 6-10 años	40 (18,9)
De 11-15 años	16 (7,5)
de 16 a 20 años	37 (17,5)
≥ 20 años	107 (50,5)
N.º de artículos científicos leídos al año	
< 5 al año	5 (2,4)
Entre 5-10 al año	12 (5,7)
Entre 11-15 al año	24 (11,3)
Entre 16-20 al año	24 (11,3)
Más de 20 al año	147 (69,3)

Frecuencia del problema de las prácticas inefectivas en atención primaria

Más del 70% (IC 95%: 64,5-73,7) de los encuestados opinó que los problemas de sobremedicación, sobrediagnóstico o sobretratamiento (fig. 1) podrían estar afectando a más del 25% de los pacientes atendidos en AP. No se hallaron diferencias en esta apreciación ni en función del sexo ($p \geq 0,92$), la edad ($p \geq 0,57$), los años de experiencia profesional ($p \geq 0,42$) y el número de artículos científicos leídos al año ($p \geq 0,75$).

Volumen de prácticas inefectivas

Para el 40% (IC 95%: 33,4-46,6) de los encuestados el 10-25% de las prácticas que se realizan en AP deberían dejar de hacerse por ser inefectivas, e incluso un 31% (IC 95%: 24,7-37,3) opinaba que esa inefectividad afectaría a más del 25% de las intervenciones realizadas (fig. 2). Tampoco en este caso existían diferencias significativas en relación con las variables sociodemográficas de los encuestados.

Importancia del problema

En una escala de 0 a 10 la valoración media que los encuestados dio a la importancia del problema de las prácticas inefectivas en AP fue de 7,3 puntos (DE = 1,8) (IC 95%: 7,1-7,6) y más del 50% (IC 95%: 47,2-60,9) le asignaron una puntuación de 8 o más puntos (fig. 3). No se hallaron diferencias en esa valoración media cuando se analizaron las variables sexo ($p \geq 0,7$); edad ($p \geq 0,11$) o número de artículos leídos ($p \geq 0,29$), pero sí en función de los años

de experiencia profesional ($p \leq 0,01$), correspondiendo una valoración media ligeramente menor a quienes tenían más de 20 años de experiencia profesional (media 6,9; DE = 1,9), con respecto a los que llevaban trabajando menos de 10 años (media 7,9; DE = 1,6) o entre 10 y 20 años (7,6; DE = 1,6).

Consecuencias del problema

Para la mayoría de los encuestados las principales consecuencias de la existencia de prácticas inefectivas en la AP fueron que se estaba poniendo en peligro la sostenibilidad del sistema (48,1%; IC 95%: 41,2-54,9) y causando daño a los pacientes (32,1%; IC 95%: 25,7-38,5). Además, una gran mayoría de quienes señalaron en esta pregunta la opción «Otras» (fig. 4), lo hicieron para subrayar que se afectaban en igual medida la sostenibilidad y la posible iatrogenia para los pacientes, así como un listado heterogéneo de efectos tales como la «medicalización de la vida», la «aparición de resistencia a los antibióticos», «la sobrecarga asistencial» o «la pérdida de tiempo».

Factores contribuyentes al mantenimiento de prácticas inefectivas

Hasta un 28,8% de los encuestados (IC 95%: 22,6-35,0) opinaba que son los propios pacientes los causantes del mantenimiento de dichas prácticas en AP, otro 26,4% (IC 95%: 20,3-32,5) que es la carga de trabajo el principal factor causante de estas prácticas y otro 19,3% (IC 95%: 13,9-24,7) consideraba que la raíz del problema está en la falta de formación continuada (fig. 5). No había diferencias en las respuestas ni por sexo, edad, años de experiencia o por cantidad de artículos científicos leídos al año.

Opinión sobre el uso de determinadas intervenciones

Los resultados de la encuesta sobre las 17 intervenciones seleccionadas de la lista de Choosing Wisely pueden consultarse en el anexo 1, agrupadas en 4 epígrafes.

Las intervenciones clínicas que, según los encuestados, presentaron un mayor grado de utilización inadecuada fueron las siguientes: la prescripción de antibióticos en procesos infecciosos de probable origen vírico como la rinosinusitis no complicada, ya que el 32,6% (IC 95%: 26,2-39,0) opinaba que se utilizaban en más del 25% de los casos; la periodicidad del cribado del cáncer de cuello uterino, el cual se realizaba anualmente en más del 25% de los casos según el 23,6% (IC 95%: 17,9-29,3) de los encuestados; el control estrecho mediante fármacos de la diabetes tipo 2 en pacientes ≥ 65 años, el cual se llevaba a cabo para el 68,4% (IC 95%: 62,1-74,7) de los encuestados en más del 25% de los pacientes; la utilización de benzodiacepinas, hipnóticos y antipsicóticos en pacientes ancianos, el cual en opinión del 63,2% (IC 95%: 56,7-69,7) de los encuestados se realizaba en más del 25% de los casos y el uso de analgésicos en pacientes con hipertensión o insuficiencia renal, los cuales se utilizaban en más del 25% de las ocasiones según el 35,8% de los encuestados.

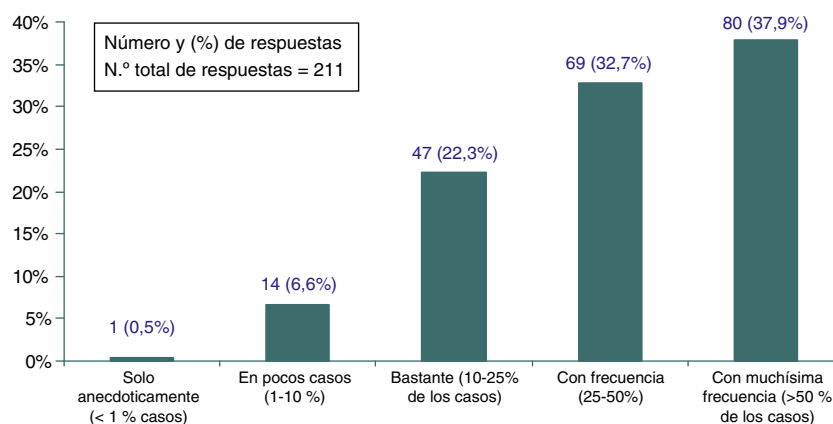


Figura 1 ¿Considera que la denominada «sobremedicalización» o sobrediagnóstico y sobretratamiento de dolencias y enfermedades es un problema que afecta al ámbito de la atención primaria?

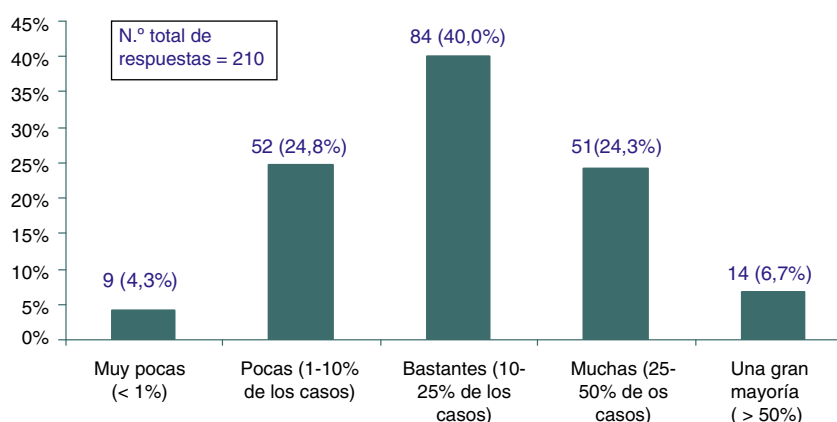


Figura 2 En su opinión ¿cuántas de las prácticas clínicas que se realizan en atención primaria deberían dejar de hacerse por inefectivas?

Se analizaron las respuestas sobre el grado de utilización inadecuada en función del sexo, la edad, los años de experiencia o el número de artículos leídos al año. En el caso de la variable sexo de los encuestados solo había diferencias en las respuestas en el caso de la utilización de benzodiacepinas e hipnóticos en casos de insomnio, agitación o síntomas

delirantes, pues las mujeres opinaban en mayor medida que los varones que estas se utilizaban en menos del 10% de los casos ($p = 0,03$).

Cuando se examinó la edad de los encuestados únicamente se apreciaron diferencias en las respuestas en el caso de la utilización de medicamentos para mantener una cifra

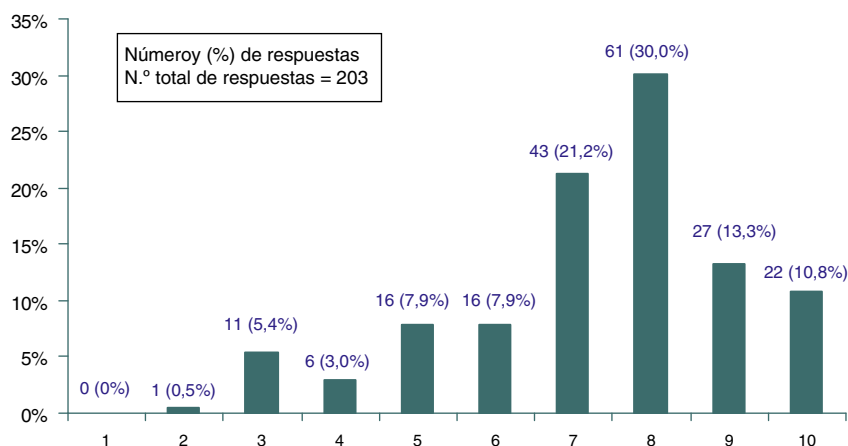


Figura 3 En una escala de 1 a 10 valore la importancia como problema que en su opinión tiene la utilización de prácticas inefectivas en atención primaria.

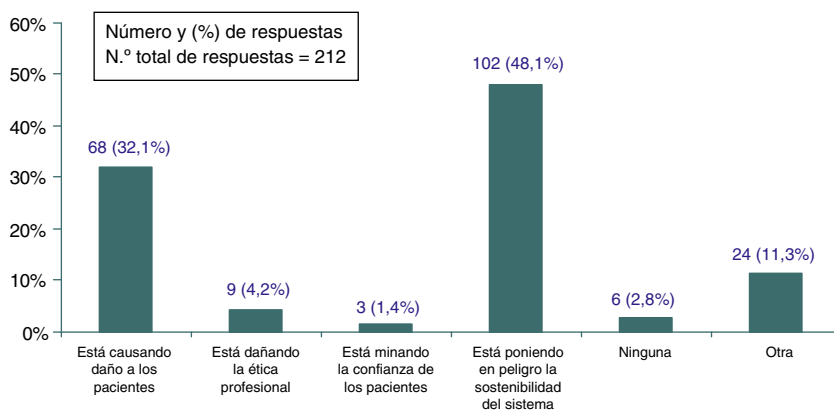


Figura 4 En su opinión, ¿cuál es la principal repercusión que está teniendo (si es que la tuviera) la utilización de prácticas inefectivas en atención primaria?

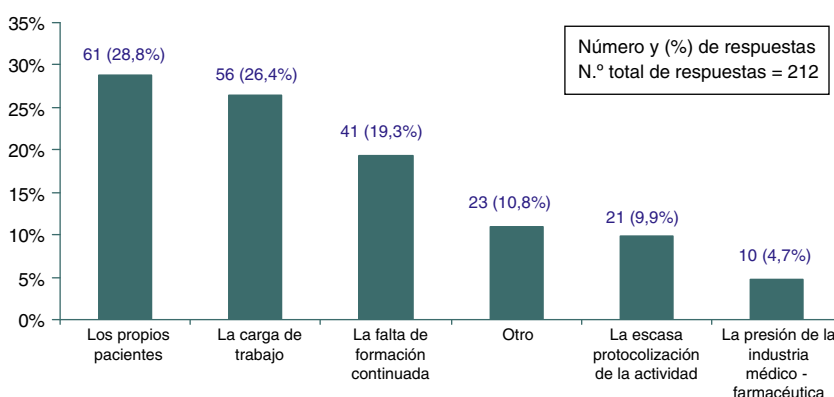


Figura 5 En su opinión, ¿cuál es el principal factor que contribuye al mantenimiento de prácticas inefectivas en atención primaria?

de hemoglobina glucosilada $\leq 7,5\%$ en mayores de 65 años con diabetes tipo 2, ya que los médicos más jóvenes (hasta 39 años) opinaban en una mayor proporción que el resto de encuestados que dicha utilización se daba en más del 50% de los casos ($p=0,05$).

Considerando el número de artículos leídos al año por cada profesional, había diferencias en las respuestas sobre la utilización de densitometrías para el cribado de osteoporosis, siendo quienes leían menos artículos al año (menos de 10) los que consideraban que dicha intervención se realizaba en mucha menor medida que el resto de los encuestados ($p=0,02$).

Por último, teniendo en cuenta los años de experiencia profesional, las diferencias de respuesta se manifestaron en los casos de la utilización de antibióticos en las adenovirales, en las infecciones respiratorias de probable origen viral y en la utilización de antitusivos o anticatarrales en menores de 4 años. En el primer caso eran quienes tenían entre 10-20 años de experiencia quienes tenían un diferente patrón de respuestas, apreciando una mayor frecuencia de uso de esta prescripción que el resto ($p=0,04$). Sobre la utilización de antibióticos en las infecciones respiratorias de origen viral quienes tenían menor experiencia profesional distribuyeron su respuesta de forma más homogénea en las 4 primeras opciones (entre $<1\%$ y

el 50% de los casos); quienes contaban con una experiencia de entre 10-20 años lo hicieron más marcadamente en las 3 opciones centrales (entre el 1% y el 50%) y quienes tenían más de 20 años de experiencia en las 3 primeras (entre $<1\%$ y el 25%) ($p=0,03$). Finalmente, en el caso del uso de antitusivos y anticatarrales las diferencias ($p=0,04$) se sustentaron principalmente porque quienes tenían menos experiencia opinaban que esos medicamentos se usaban en mayor medida que lo que pensaban quienes tenían una experiencia superior a 20 años.

Discusión

En el uso excesivo de los servicios sanitarios los daños superan a los beneficios, lo que suele derivar en una disminución de la calidad del servicio, un incremento de los riesgos para el paciente y un aumento de los costes^{1,2,8,9}. Aunque podría parecer que ese uso excesivo se da principalmente en el ámbito de la atención especializada por su mayor dotación tecnológica, el uso inapropiado también afecta al terreno de la AP^{12,13}. De ello también daban cuenta los encuestados en este estudio, que concretaban su importancia en una puntuación media de 7,3 sobre 10, y consideraban que se trata de un problema muy frecuente en el día a día y

que, en opinión mayoritaria, podría afectar a más del 10% de las prácticas clínicas que se realizan habitualmente. No podemos aventurar una estimación del coste y los daños que estas intervenciones inapropiadas podrían estar causando, pero teniendo en cuenta el volumen de actividad que se genera en este ámbito asistencial (213 millones de consultas de adultos y 32 millones de consultas de pacientes pediátricos en España en 2012, según datos del sistema de información de atención primaria [SIAP]¹⁹), las cifras podrían ser, sin duda, importantes.

Ya se conoce desde hace tiempo que los sistemas sanitarios pueden ser también inductores de enfermedad. Este fenómeno tan paradójico está cobrando una importancia cada vez mayor y una de sus causas podría ser la utilización inapropiada de intervenciones sanitarias. Así lo veían también los encuestados en este estudio, al destacar el potencial daño a los pacientes y el riesgo de quiebra del sistema como las 2 principales consecuencias que la sobremedicalización está ocasionando, y en ello coincidían con lo señalado en todas las publicaciones relativas al mismo tema^{1,11}.

No es fácil encontrar un factor principal al que atribuir el origen y mantenimiento de estas prácticas y, como señalaban algunos de los encuestados, lo más probable es que obedezca a un conjunto de elementos que interactúan. Entre ellos destacaba el protagonismo dado a los propios pacientes que eran señalados como uno de los agentes principales en la persistencia de estas prácticas inefectivas, y en cuyo trasfondo podría estar la denunciada «medicalización» de la sociedad, la cual convierte a los pacientes en demandantes espontáneos de servicios sanitarios de dudosa efectividad, estimulados por la presión mediática ejercida sobre determinados temas de salud, de forma a menudo interesada, por determinados grupos de interés²⁰.

Otros factores que se identificaron como contribuyentes principales al mantenimiento de esas prácticas inefectivas eran la carga de trabajo y la falta de formación continuada. Está claro que la formación continua es la vía más adecuada para mantener la competencia profesional y garantizar su adaptación a las nuevas situaciones, tecnologías y conocimientos²¹. Con respecto a la carga de trabajo es una reivindicación ya antigua en la AP la demanda de más tiempo para atender a los pacientes con la calidad asistencial y la dignidad profesional debidas, reivindicación que acabó cuajando en la denominada «Plataforma diez minutos» que planteaba un mínimo de 10 min para atender a cada paciente, así como un tiempo adicional para otras tareas, tales como formación continuada, revisión de casos, etc., necesarias asimismo para una práctica clínica de calidad²².

De las prácticas inadecuadas sobre las que se encuestó, el mal uso de antibióticos en determinadas situaciones clínicas en las que no estarían indicados (rinosinusitis, adeno-conjuntivitis, otitis externa no complicada, infecciones víricas respiratorias o bacteriurias asintomáticas) es quizá una de las que se percibía como más extendida en el ámbito de la AP. De hecho, la utilización inapropiada de antibióticos es una de las causas del desarrollo de resistencias bacterianas en Europa, un grave problema de salud pública que está cobrando gran relevancia en el mundo desarrollado²³.

De las 2 intervenciones diagnósticas sobre las que se preguntó en la encuesta, la utilización de pruebas de imagen en el caso de las lumbalgias no complicadas es la que parece tener un mayor margen de mejora. Para no perder de vista la magnitud del problema hay que tener en cuenta que el dolor lumbar agudo es uno de los motivos de consulta más frecuente en AP, y aunque la mayoría de las guías clínicas sobre este problema desaconsejan la realización de pruebas radiológicas en los casos iniciales de dolor lumbar no complicado, parece ser que esta no es una cuestión bien resuelta en la práctica clínica real²⁴.

Tres de las 5 intervenciones de cribado sobre las que sondeó el estudio correspondían al cribado de cáncer de cuello mediante citología vaginal periódica: una se centraba en la imprecisión de la periodicidad anual y las otras 2 en los límites de edad para realizarlo; aunque hay quienes cuestionan los fundamentos epidemiológicos para este cribado en España²⁵, en cualquier caso, según los encuestados, donde habría un mayor margen de mejora sería en la periodicidad con la que se ofrece, mientras que su práctica fuera de los límites de edad recomendados parecía más minoritario. Asimismo, la práctica de densitometrías de cribado o de electrocardiogramas rutinarios en pacientes asintomáticos, una de las 5 actividades¹³ que deberían evitarse por inapropiadas de forma más prioritaria en AP, se practicarían solo de forma casi testimonial según la inmensa mayoría de los encuestados, y no parecen representar un problema en nuestro medio.

Mayor margen de mejora se apreció en las 5 intervenciones terapéuticas sobre las que se encuestó. En particular, en relación con el uso de fármacos para mantener un control de la hemoglobina glucosilada $\leq 7,5\%$ en pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 65 años y en la utilización de benzodiacepinas u otros hipnóticos como primera opción terapéutica en ancianos con síntomas de insomnio, agitación o delirio. No hay evidencia de que un control estrecho de la glucemia²⁶ mediante fármacos en ancianos con diabetes tipo 2 sea beneficioso y se asocia con un incremento de la incidencia de los episodios de hipoglucemia y otros efectos adversos. Dado el largo plazo en el que se plasmarían los beneficios microvasculares de un estrecho control de la glucemia, parece más razonable ajustar los objetivos de dicho control glucémico al estado y esperanza de vida de cada paciente, permitiendo cifras de hemoglobina glucosilada entre 7,5-8,0% en aquellos pacientes con comorbilidades y una esperanza de vida inferior a los 10 años y de entre 8,0-9,0 en aquellos con múltiples comorbilidades o una esperanza de vida más corta²⁷.

Por lo que respecta a la prescripción de benzodiacepinas, hay varios estudios que señalan un incremento considerable del riesgo de accidentes de tráfico, caídas o fracturas de cadera en los ancianos que consumen estos medicamentos²⁸. Por ello sería conveniente evitar estos fármacos como primera línea de tratamiento ante problemas de insomnio, agitación o delirio, reservándolos para desórdenes de ansiedad generalizados que no responden a otras terapias. Para más del 60% de los encuestados, sin embargo, este tipo de medicamentos se utilizaría como primera línea terapéutica en más del 25% de las ocasiones, lo que la convierte en una de las intervenciones, junto con la anterior, con mayor margen de mejora.

Aunque en menor medida, también se aprecia un importante uso inadecuado de antipsicóticos como primera línea de tratamiento de las demencias ya que, pese a su limitado beneficio en estos casos, pueden conllevar un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y de muerte en los pacientes ancianos²⁹, y de analgésicos no esteroideos en personas con hipertensión o insuficiencia renal, pese a sus conocidos efectos perjudiciales sobre el funcionamiento renal y su capacidad para aumentar más la tensión arterial y la retención de líquidos³⁰.

Una de las limitaciones del estudio es la muestra en sí misma sobre la que ha sido realizado el trabajo de campo, ya que no tiene representatividad sobre ningún territorio geográfico concreto, ni quizá tampoco sobre el conjunto de profesionales que desarrollan su actividad en AP. Se trata de un conjunto de «informadores clave» con unas características muy determinadas y específicas (dilatada experiencia profesional, interés por la investigación y actualización profesional) que si bien no puede tomarse como representativo de todos los que practican la medicina en el ámbito de la AP, sí que pueden, sin embargo, ofrecer por su especial estado de alerta intelectual una opinión valiosa sobre la realidad asistencial que viven en el día a día. También puede haber desempeñado algún papel el perjuicio o sesgo cognitivo de la llamada «respuesta esperada», es decir, responder lo que se espera que se responda a tenor de la idea general imperante, en este caso, que muchas de las prácticas que se hacen son inefectivas. Quizás por ello este tipo de estudio se debería complementar con otros que midan de forma más objetiva el volumen de actividad real de esas intervenciones en los centros de AP.

En resumen, la utilización de intervenciones inefectivas en AP es apreciada como un problema muy relevante por los profesionales que trabajan en este ámbito; afectaría a muchos de los pacientes atendidos y a muchas de las prácticas actualmente realizadas en los centros de salud, y podría estar poniendo en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario y causando daños a los pacientes. Por todo ello, parece procedente el desarrollo de programas de mejora centrados en ciertas intervenciones identificadas con un mayor nivel de uso inadecuado para reducir el impacto de este problema en AP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.04.003>.

Bibliografía

1. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA*. 2013;309:775–6.
2. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in the US health care. *JAMA*. 2012;307:1513–6.
3. National Institute for Clinical Excellence. NICE. «Do not do» recommendation. [Internet]. London: NICE; 2013 [citado 30 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/detail.jsp?action=details&dndid=379>
4. Choosing-Wisely. [Internet]. Philadelphia: ABIM Foundation; 2013 [citado 30 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org>
5. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: An Australian study. *Med J Aust*. 2012;197:556–60.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nota de prensa: Doce Sociedades Científicas presentan recomendaciones a los profesionales para no realizar intervenciones innecesarias [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [Citado 18 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>
7. Center for Medical Consumers. Why too much medicine is making us sicker and poorer [Internet]. Center for Medical Consumers; 2012 [citado 3 Dic 2013]. Disponible en: <http://medicalconsumers.org/2008/03/01/overtreated%e2%80%94why-too-much-medicine-is-making-us-sicker-and-poorer/>
8. Moynihan R, Doust J, David H. Preventing over diagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.
9. Godlee F. Too much medicine. *BMJ*. 2013;346:1328.
10. Grabell LM, Wachter RM, Cassel CK. Bringing diagnosis into quality and safety equations. *JAMA*. 2012;308:1211–2.
11. Korenstein D, Falk R, Houweell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States. *Arch Int Med*. 2012;172:171–8.
12. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *Arch Int Med*. 2012;173:142–8.
13. The Good Stewardship Working Group. The «Top 5» list in primary care. *Arch Intern Med*. 2011;171:1385–90.
14. Vicens CC, Sempere E, Arroyo AMP, Hernández MA, Palop V, Orueta, et al. Variabilidad en la medicación de la calidad de prescripción por comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2010;42:380–7.
15. Báez JM, Sánchez A, Garcés RG, González CR, Santos L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especialidades. *Semerger*. 2013;29:89–94.
16. Pérez V. El laboratorio clínico en el sistema asistencial. *Semerger*. 2011;37:111–2.
17. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012;27:130–8.
18. OECD. Health at a Glance: Europe 2012 [Internet]. OECD Publishing; 2012 [Citado 14 Dic 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
19. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Sistema de información de Atención Primaria (SIAP). Año 2012. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado 14 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm>
20. Segura MJ, Moya P, Escribano F. Identificación de algunas características de AP que influyen en el gasto farmacéutico. *Rev Calid Asist*. 2012;27:345–50.
21. Garrido S, García R, Nogales P. Formación continua en atención primaria. Necesidades formativas de sus profesionales. *Aten Primaria*. 2002;30:368–73.
22. Observatorio sanitario de atención primaria El compromiso de Buitrago [Internet]. CYMAP SL; 2002-2005 [citado 17 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.observatoriosanitario.org/Portada/ElCompromisodeBuitrago/tabid/70/Default.aspx>
23. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2012. En: Annual report

- of the european antimicrobial resistance surveillance network (EARS-Net). 2013.
24. Maher CG, Williams C, Lin C, Latimer J. Managing low back pain in primary care. *Aust Prescr*. 2011;34:128–32.
 25. Gèrvas J, Pérez M. Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit*. 2013;27:372–3.
 26. The action to control cardiovascular risk in diabetes study group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med*. 2011;364:818–28.
 27. ACCORD trial group. Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in types 2 diabetes: An analysis of the ACCORD randomized trial. *Lancet*. 2010;376:419–30.
 28. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of Zolpidem, Alprazolam or Diazepam in older adults. *J Am Geriatric Soc*. 2011;59:1883–90.
 29. The American Geriatric Society 2012 beers criteria update expert panel. American Geriatrics Society Updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:616–31.
 30. National Heart, Lung and Blood Institute seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure [Internet]. US Department of Health and Human Services; 2013 [citado 17 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>