



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

No hacer

Not to do



Durante la última década el interés de las administraciones sanitarias, sociedades científicas e investigadores ha estado orientado hacia el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, en la promoción de la cultura de seguridad del paciente y hacia la toma de decisiones compartida con una atención centrada en el paciente. No ha sido hasta estos últimos años cuando empieza a ponerse el foco en la evaluación de la indicación de test y pruebas diagnóstico-terapéuticos, en clara relación con la crisis económica y el gasto sanitario. A modo de ejemplo, se estima que hasta un tercio del gasto sanitario en EE. UU. resulta del uso excesivo o mal uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en concreto para el año 2011 se calcula que supuso entre 158 y 226 billones de dólares.

En el año 2010 la American Board Internal Medicine pone en marcha un proyecto denominado «Choosing wisely» que pretende facilitar un punto de encuentro entre profesionales y pacientes para tomar decisiones compartidas acerca de los cuidados más apropiados teniendo en cuenta su situación concreta individual. Simultáneamente Brody¹ pensando no solo en el gasto sanitario o en la ineficiencia, sino también en la protección del paciente propone que las sociedades científicas elaboren listados de aquellos procedimientos o pruebas que no aportan valor, son innecesarios o incluso pueden ser perjudiciales. Se origina así una colección llamada «Menos es más» que se publica en *Archives of Internal Medicine*, donde las sociedades científicas deben proponer las 5 principales recomendaciones de «no hacer». La primera lista la presentan las Sociedades de Medicina de Familia, Medicina Interna y Pediatría². En la actualidad han publicado sus recomendaciones más de 70 sociedades científicas, y en medicina de familia en febrero de 2014 ya se habían incorporado más de 90 recomendaciones.

¿Cuál es la situación en Europa?

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) viene incluyendo en sus guías, desde el año 2007, recomendaciones «Do not do» («no hacer») basadas en no realizar

aquellas intervenciones cuya relación beneficio/riesgo no está clara o para las que no se dispone de evidencia para aconsejar su uso continuado. En un informe publicado en noviembre de 2014 la Academy of Medical Royal Colleges sostiene que los médicos tienen la obligación ética de reducir o evitar el despilfarro en el sistema nacional de salud. Para ello considera que las recomendaciones «no hacer» son un excelente recurso y sugiere que su aplicación, junto con otras medidas que reduzcan el uso de pruebas innecesarios y prescripciones inadecuadas, puede suponer un ahorro de más de 2.000 millones de libras.

Existen iniciativas similares en otros países de Europa. En Holanda es «Choosing wisely»; en Gales «Prudent healthcare»; en Italia, «Slow medicine», «hacer más no significa hacerlo mejor». En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna puso en marcha en abril de 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para acordar recomendaciones de «no hacer» basadas en la evidencia científica. Hasta la actualidad se han adherido a este proyecto 48 sociedades científicas y 22 de ellas han publicado sus recomendaciones. La semFYC participó junto con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Sin embargo en semFYC decidimos avanzar y profundizar más en el proyecto de recomendaciones de «no hacer». De forma muy participativa, abierta a todos los socios y con representantes de grupos de trabajo de la Sociedad se elaboraron 15 recomendaciones de «no hacer» sobre situaciones muy frecuentes en la práctica clínica del médico de familia tanto en atención primaria como en urgencias. Se publicaron en junio del 2014³.

Próximos pasos

Por un lado, estamos en un proceso dinámico por lo que es indispensable seguir trabajando en la elaboración, con criterios científicos, de nuevas recomendaciones de «no hacer».

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.001>

0212-6567/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En este sentido, en junio de 2015, en el 35º Congreso de el semFYC, se publicarán las segundas recomendaciones de «no hacer» en medicina de familia.

Y, por otro, se hace necesario analizar cómo aplicar estas recomendaciones y evaluar su impacto en la práctica clínica diaria

Recientemente la American Board Internal Medicine realizó una encuesta para conocer la opinión de los médicos americanos sobre las pruebas innecesarios en el sistema de salud, si lo consideraban o no un problema grave y qué soluciones proponían. Encuestaron telefónicamente a 600 médicos de diferentes especialidades tanto del ámbito de atención primaria como hospitalaria. Tres de cada 4 médicos encuestados afirmaron que se trata de un problema serio o muy serio. El 72% de los médicos reconocían haber indicado un test o un prueba innecesaria la última semana y que casi la mitad de los pacientes (47%) les solicitan pruebas innecesarias, y además, parece que esta demanda es mayor en las consultas de los médicos de familia (40%) que en otras especialidades (24%). Entre las causas se incluía el miedo a las demandas de mala práctica (52%), la inseguridad (36%), la insistencia del paciente (28%), y otras, como la falta de tiempo (13%) o el sistema de pago por servicio(5%)⁴.

No disponemos de esta información en nuestro país. Necesitamos que las administraciones sanitarias promuevan y faciliten la investigación en la práctica clínica diaria del médico de familia, que los sistemas de información no estén orientados únicamente a la toma de decisiones administrativas sino que faciliten información útil para el clínico y para

los pacientes, es preciso dar tiempo a los médicos de familia para que compartan con los pacientes aquellas decisiones que mejor se adapten a su situación individual, y se hace necesario también cambiar la cultura social, romper como dice Brody¹, el mito de «algo de atención médica es bueno, mucha atención es mejor». Sin duda, hay mucho que hacer.

Probablemente «no hacer» sea una expresión más contundente, más llamativa pero hemos de decir que preferimos los términos de «elegir sabiamente» o «elegir prudentemente» pues creemos que deja un espacio al acuerdo y a la singularidad del encuentro entre el médico y el paciente.

Bibliografía

1. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: The Top Five list. *N Engl J Med.* 2010;362:283-5.
2. Good Stewardship Working Group. The «top 5» lists in primary care: Meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med.* 2011;171:1385-90.
3. Recomendaciones NO HACER. semFYC ediciones. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014.
4. Unnecessary test and procedures in the Health care System [consultado Feb 2015]. Disponible en: http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2014/04/042814_Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf

Salvador Tranche Iparraguirre y Mercè Marzo Castillejo
Correo electrónico: stranchei@semfyc.es
(Salvador Tranche).