

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE MEDICINA

Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública.



**LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS INEFECTIVAS EN
ATENCIÓN PRIMARIA: OPINIÓN DE LOS
PROFESIONALES.**

Lilian Domínguez Bustillo d' David

MASTER EN SALUD PÚBLICA

Fecha: Diciembre 2013

Tutor: Dr. José Ignacio Barrasa Villar

ÍNDICE

1.- RESUMEN.....	4
2.- INTRODUCCIÓN	6
3.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	12
4.- MATERIAL Y METODOS	13
4.1.- Tipo de estudio	13
4.2.- Ámbito del estudio	13
4.3.- Selección de la Muestra.....	13
4.4.- Tamaño de la muestra	14
4.5.- Diseño del cuestionario	14
4.6.- Envío del cuestionario (tiempo del estudio)	15
4.7.- Variables recogidas.....	16
4.8.- Análisis	16
5.- PLAN DE TRABAJO	17
6.- RESULTADOS.....	18
6.1.- Tasa de respuesta	18
6.2.- Perfil de los profesionales participantes del estudio	18
6.3.- Conciencia del problema de las prácticas infectivas en AP	19
6.4.- Frecuencia de prácticas inefectivas.....	20
6.5.- Valoración de la importancia del problema	21
6.6.- Consecuencias del problema	21
6.7.- Factores que contribuyen al mantenimiento de prácticas inefectivas	22
6.8.- Opinión sobre el uso de determinadas intervenciones	23
7.- DISCUSIÓN	28
7.1.- Limitaciones del estudio	28
7.2.- Importancia y consecuencias del problema del uso inapropiado en atención primaria	28
7.3.- Uso de determinadas prácticas inadecuadas en atención primaria	31
8.- CONCLUSIONES	36
9.- BIBLIOGRAFÍA	38
10.- ANEXOS	46
10.1.- Anexos I. Opinión textual sobre factores que con tribuyen al mantenimiento de prácticas inefectivas en Atención Primaria	46

10.2.- Anexo II. Opinión textual principal repercusión que está teniendo (si es que las tiene) de las prácticas inefectivas en AP	47
10.3.- Anexo III. Modelo de cuestionario utilizado en el estudio	48
10.4.- Anexo IV: Distribución de la muestra encuestada por Comunidades Autónomas y sexo	53

1.- RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la frecuencia en el uso de prácticas inefectivas en el ámbito de la Atención Primaria, en base a la opinión de profesionales clínicos que trabajen en ese ámbito, así como valorar la importancia que los médicos de atención primaria conceden a la utilización de esas prácticas inefectivas en su ámbito profesional, las consecuencias que pueden estar ocasionando y los factores que pueden estar contribuyendo a su mantenimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de la lista de intervenciones consideradas inefectivas por algunas organizaciones internacionales (Choosing – Wisely) en el ámbito de la atención primaria se diseñó una encuesta de opinión sobre la utilización de dichas intervenciones que fue administrada por vía “on line” a una muestra de conveniencia compuesta por 575 profesionales de la atención primaria seleccionados a partir de las direcciones de contacto que constaban en los artículos publicados en los dos últimos años de las revistas *Atención Primaria* y *Semergen*. Se analizaron las frecuencias de respuesta y las posibles diferencias en relación con las características sociodemográficas de los encuestados mediante los test de Chi cuadrado (variables cualitativas) y Kruskal-Wallis (variables cuantitativas).

RESULTADOS:

La tasa de respuesta fue del 37% (n=212), en su mayoría eran varones (59%), de entre 50 y 50 años (42,0%), con más de 20 años de experiencia profesional (50,5%) y que acostumbran a leer más de 20 artículos científicos al año (69,7%). Para el 70,6 % [IC95%: 64,5-73,7] de los encuestados el problema de la sobremedicación, el sobrediagnóstico o sobretratamiento es frecuente o muy frecuente en el ámbito de la AP y el 31% [IC95%: 24,7-37,3] manifestaba que más del 25% de las prácticas de AP deberían dejar de hacerse por inefectivas. En conjunto valoraron la importancia de este problema en su ámbito de trabajo con una media de 7,3 (DE=1,8) sobre 10, siendo esta valoración significativamente menor ($p \leq 0,01$) en quienes llevaban trabajando más de 20 años (6,9; DE=1,9). Señalaron como sus principales consecuencias la puesta en peligro de la sostenibilidad del sistema (48,1%; IC95%: 41,2-54,9) y el potencial daño a los pacientes (32,1%; IC95%: 25,7-38,5) y como principales factores que contribuyen a su mantenimiento la acción de los propios pacientes (28%; IC95%: 22,6-

35,0), la carga de trabajo (26,4%; IC95%: 20,3-32,5) y la falta de formación continuada (19,3%; IC95%: 13,9-24,7). No había diferencias significativas en las respuestas con ninguna variable sociodemográfica analizada. Las intervenciones clínicas, según los encuestados, que presentan un mayor grado de utilización inadecuada son la prescripción de antibióticos en procesos infecciosos de probable origen vírico, la periodicidad del cribado del cáncer de cuello uterino, el control estrecho mediante fármacos de la diabetes tipo II en pacientes ≥ 65 años y la utilización de benzodiazepinas, hipnóticos y antipsicóticos en pacientes ancianos o el uso de analgésicos en pacientes con hipertensión o insuficiencia renal.

5

CONCLUSIONES: La utilización de intervenciones inefectivas en atención primaria es apreciado 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. Deberían llevarse a cabo programas de mejora centrados en ciertas intervenciones identificadas con un mayor nivel de uso inadecuado para reducir el impacto de este problema en atención primaria.

PALABRAS CLAVES: Atención Primaria, Mal uso de servicios sanitarios, sobreutilización, Prestación de atención de salud, Procedimientos innecesarios, Pautas en la práctica de los médicos, Recursos en salud, Efectividad

KEY WORDS: Primary Healthcare, Health Services Misuse, Delivery of healthcare, Unnecessary procedures, Physician's Practice Patterns, Health Resources, Effectiveness.

2.- INTRODUCCIÓN:

Los delegados de naciones de la OMS firmaron la Declaración de Alma Ata en 1978. Puede considerarse que fue entonces, hace 35 años, el momento en que la Atención Primaria (AP) cobra la importancia que le corresponde y asume su protagonismo en varios objetivos de gran calado social: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los Sistemas de Salud¹. Como puso en evidencia la Dra Starfield², los sistemas sanitarios centrados en la Atención Primaria, son más eficientes y obtienen mejores resultados y que la atención secundaria presenta costos más elevados y una mayor iatrogenia sin alcanzar mejores resultados.

Hasta 2005, la literatura sobre los beneficios de los sistemas de salud orientadas a la AP ha sido consistente en mostrar una mayor eficacia, una mayor eficiencia y una mayor equidad³. La evidencia ya no se limita principalmente a los países industrializados, pues nuevos estudios también lo demuestran en países con ingresos medios y bajos. Pero la AP también requiere ser medida y evaluada para comprobar que todas las innovaciones y mejoras en ella sirven a sus características esenciales³.

La evolución social y clínica nos ha conducido a que ante los problemas de salud se articulen respuestas más rápidas, de forma más intensa y con medios más poderosos, lo que convierte a las actividades médicas en la tercera causa de muerte en Estados Unidos⁴. La necesidad de analizar y controlar este tipo de respuestas es urgente tanto para reducir los costos de atención de salud en un rango que la haga sostenible para los contribuyentes públicos y privados⁵ como para evitar los efectos adversos asociados a la misma.

Se han propuesto varios enfoques⁶ para contener los costos del cuidado de salud, entre los que cabe señalar la eliminación de todo lo residual o inadecuado (por ejemplo, pruebas duplicadas y pruebas innecesarias, procedimientos y tratamientos que no aportan ningún beneficio para la salud y que pueden representar hasta el 30% de los costos de atención de salud), así como reducir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento entre médicos y comunidades y reformar la responsabilidad profesional para disminuir la práctica de la medicina defensiva.

Actualmente hay un gran movimiento a nivel 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 tres tipos: 1) la primera de naturaleza ética, pues 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, pues la contención de los costes sanitarios y la sostenibilidad de los sistemas asistenciales debe lograrse, no con recortes indiscriminados, sino a partir de la eliminación de las intervenciones inefectivas y la difusión de las más costo-efectivas⁷.

Quizá los exponentes máximos de este movimiento han sido las iniciativas del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence⁸) o la más reciente de “*elegir sabiamente*” (Choosing Wisely⁹), liderada en USA por la ABIM Foundation¹⁰. Sin embargo, otras iniciativas han aparecido también en otros países como Holanda, Canadá, Australia¹¹, impulsadas incluso por agrupaciones de pacientes que plantean el problema de la seguridad del paciente y buscan que las mejoras en la salud se produzcan con el mínimo de daños asociados¹², o respaldadas por medios de difusión científica como BMJ que ha lanzado una campaña al respecto¹³ 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 sobre diagnóstico, podría ser la norma y no la excepción en la práctica médica actual¹⁴.

Algunos autores en España¹⁵ han sugerido la necesidad de que las sociedades científicas nacionales sigan la estela de las campañas como la de “Choosing Wisely” y “Promoting Good Stewardship in Clinical Practice” (Promoviendo la gestión responsable en la práctica clínica), para orientar a los profesionales sobre aquellas pruebas diagnósticas o tratamientos habituales en su especialidad cuya indicación debería ser reevaluada por el despilfarro que supone su uso en indicaciones sin valor clínico. Dar difusión a otras iniciativas como las recomendaciones “Do Not Do” del NICE⁸, también pueden ayudar.

Para los clínicos, reducir el despilfarro no debería ser una opción sino una obligación, más aún en los tiempos que corren. Cuando los recursos están exhaustos, los pacientes que se quedan sin algún tipo de cuidado efectivo son reales, no estadísticos. Y esa reducción del despilfarro es una responsabilidad compartida en los diversos niveles del sistema de salud¹⁵.

Aunque la mayoría de las prácticas a las que se señalan 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 tiene relación con la AP, que es el elemento central del sistema sanitario y el primer punto de contacto individual y comunitario con el Sistema de Salud, donde se resuelve el 90% de los motivos de consulta de la población y en el que se prescribe el 90% de los medicamentos¹⁶.

Aunque existe algunos estudios parciales en el ámbito de la atención primaria, en relación principalmente con la adecuación de la prescripción y el gastofarmacéutico¹⁷, los factores asociados a las derivaciones inadecuadas entre AP y especialistas¹⁸ o la utilización de pruebas de laboratorio¹⁹, no tenemos información sobre el grado de penetración que podrían tener estas prácticas inefectivas en la AP²⁰, 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 asistencial²¹.

En el contexto de las sociedades contemporáneas o de mercado, la medicina se encuentra en un nuevo escollo²² en el que es preciso diferenciar qué intervenciones médicas están justificadas científicamente y socialmente y cuáles son fruto primordial del interés comercial o de hábitos o costumbres no contrastadas con la evidencia científica.

Se ha ido acuñando, en este sentido, el término “*medicalización*”, que puede tener significados variados. Por un lado, denota la expansión del ámbito de actuación de la medicina más allá de lo justificado (medicalización de la vida cotidiana). Por otro, el papel desmesurado del medicamento en el acto médico. Lo común de estas situaciones es la utilización innecesaria de intervenciones médicas. Innecesarias por no haber demostrado

eficacia, por tener efectividad escasa o dudosa o por no ser costo-efectivas o prioritarias. También, por no ser el ámbito médico el más adecuado para llevarlas a cabo.

Un campo especialmente abonado para la “*medicalización*”, así entendida, es el de las intervenciones preventivas y, entre ellas, las que utilizan fármacos y/o técnicas diagnósticas como el elemento principal de la intervención. Es una regla fundamental que cualquier intervención clínica debe cumplir dos condiciones básicas: ser eficaz y segura. Estos dos requisitos han de ser más estrictos, si cabe, en el caso de intervenciones con pretensión preventiva y sobre todo cuando se trata de actuar en población sana²². No hay que perder de vista tampoco que uno de los ejes de la calidad de la asistencia es asegurar que los tratamientos y cuidados que reciben los pacientes no les suponen daños, lesiones o complicaciones más allá de los derivados de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan y de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad. La sobreutilización de servicios o intervenciones médicas no haría sino incrementar la probabilidad de que estos daños ocurran²³.

De igual manera, la prescripción de medicamentos es un acto médico que se repite todos los días en las consultas médicas y se utiliza para la prevención y tratamiento de numerosos procesos clínicos. Una “prescripción razonable”, implica la utilización del medicamento más efectivo, con el mismo riesgo y con el mínimo costo²⁴. Aunque el consumo inapropiado puede afectar a cualquiera de las facetas de la atención médica: la preventiva, la diagnóstica, la terapéutica.

El consumo inapropiado es uno de los problemas importantes de nuestro sistema sanitario²⁵, cuyas consecuencias más notorias son el despilfarro de recursos y la iatrogenia y que no están justificados por la expectativa en ningún beneficio en términos de salud. A menudo parecen confundirse los avances genuinos de la medicina con las exageraciones propagandísticas o comerciales, lo que puede distorsionar nuestra percepción de tal modo que parece que todas las enfermedades tienen forzosamente una solución, estimulando de esta manera el consumo inadecuado de muchos servicios sanitarios. Una prescripción mal indicada – o, simplemente, sin una indicación precisa – difícilmente tendrá efectos benéficos

sobre la salud y desde luego no es un ejemplo de buena práctica y puede traer consecuencias negativas tanto para el paciente (eventos adversos) como para la sociedad (despilfarro de recursos). Por ello, si se aumenta el consumo inapropiado, no es de sorprender que la iatrogenia se haya convertido en uno de los problemas relevantes de salud pública en muchos países.

Para reducir las pruebas y procedimientos innecesarios, los médicos tendrían que tener en cuenta su papel líder en alrededor del 80% de los gastos de la atención de salud²⁶. Sin embargo, los médicos no siempre tienen los datos de efectividad más actuales, ya que a pesar que suelen actuar de buena fe, pueden recomendar intervenciones diagnósticas o terapéuticas que ya no se consideran esenciales. Además, la investigación muestra que los médicos pueden necesitar ayuda para comunicar estos asuntos a sus pacientes. Esto puede ser especialmente difícil cuando los médicos y los consumidores están inundados de publicidad y promoción. Los médicos a menudo informan que se sienten obligados a atender las solicitudes de los pacientes, que necesitan información fiable para ayudarles a entender mejor que “más atención no es una mejor atención” y que, en algunos casos, puede causar realmente más daño que bien.

La participación del paciente es, en ese sentido, muy importante. Supone pacientes más informados, involucrados y corresponsables con las decisiones que afectan a su salud. Contribuye a que tengan conciencia de la importancia de los autocuidados en su salud y a mantener una adecuada continuidad en su atención sanitaria. Para que esto pueda llevarse a cabo se requiere información transparente y creíble sobre el valor relativo y el riesgo de diversas intervenciones médicas diagnósticas y terapéuticas²⁶.

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 tapete²⁷. En España, el gasto sanitario total ha pasado de representar el 7.3% del producto interior bruto en 1999 al 9% en 2008, con un incremento anual medio del gasto sanitario público per cápita del 4.9% en el periodo 2000-2008 (OCDE). La Atención Primaria, incluyendo la farmacia, genera alrededor 40% de ese coste sanitario. Una buena parte de

ese gasto, sin duda, estaría relacionado con intervenciones innecesarias o de dudosa utilidad y su eliminación sería una de las vías más apropiadas para racionalizar ese gasto.

3.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

La Investigación en AP, debe proporcionar conocimiento útil para mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia del abordaje de los problemas de salud y la organización de servicios en AP. Los recursos que se despilfarran por ineficiencia en la prescripción, no podrán utilizarse en beneficio de otro paciente, que incluso podría necesitarlo más, rompiéndose la equidad y generando en cierto modo una actitud injusta (ONU, 2011)

La identificación de los factores que influyen en la diferente utilización de recursos puede servir para establecer pautas que modifiquen aquellas conductas de uso inadecuado y plantear indicadores validos que puedan servir de objetivos de gestión y permitan definir estándares que diferencien la buena de la mala práctica profesional²⁸.

En ese sentido, el presente estudio persigue los siguientes **objetivos**:

1. Estimar la frecuencia de realización de prácticas inefectivas en el ámbito de la Atención Primaria, en base a la opinión de profesionales clínicos que trabajen en ese ámbito
2. Valorar la importancia que los médicos de atención primaria conceden a la utilización de prácticas inefectivas en su ámbito profesional, así como las consecuencias que pueden estar ocasionando y los factores que pueden estar contribuyendo a su mantenimiento.
3. Determinar la frecuencia de utilización en atención primaria de determinadas prácticas específicas para las que existe evidencia y consenso sobre su escaso valor clínico-terapéutico.
4. Identificar las principales áreas de intervención, para reducir la frecuencia de prácticas inefectivas en Atención Primaria

4.- METODOLOGÍA:

4.1.- Tipo de Estudio: Estudio epidemiológico de carácter descriptivo, en el que se analizan las respuestas de una muestra de médicos de Atención Primaria seleccionada a partir de los autores de contacto reseñados en artículos publicados en las revistas “*Atención Primaria*” y “*Semergen*”, a una encuesta de opinión sobre la utilización de algunas intervenciones consideradas infectivas por algunas organizaciones internacionales (Choosing – Wisely) en el ámbito de la atención primaria.

4.2.- Ámbito de Estudio: El ámbito de estudio se definió como el representado por los profesionales de Atención Primaria que hubiesen publicado algún artículo en los últimos años en las revistas *Atención Primaria* y *Semergen* y constara su dirección de correspondencia. Se trata, por tanto, de un ámbito no preciso, de conveniencia, que no pretende representar a ningún territorio geográfico específico, sino el de la visión de determinados informadores clave, como lo son quienes publican estudios en esas revistas, con un desempeño profesional activo en atención primaria.

4.3.- Selección de la muestra: Se revisaron los números publicados entre el 30/06/2013 y el 01/01/2008 de las revistas “*Atención Primaria*” y “*Semergen*”, obteniendo las direcciones de los correos de contacto de los autores. Se elaboraron listados por revista, año de publicación, categoría profesional del autor, Comunidad Autónoma de pertenencia y correo de correspondencia. Se descartaron, cuando fue posible porque así constaba en sus credenciales, todos aquellos autores cuyo ámbito de trabajo no fuera la atención primaria o su categoría profesional no se correspondieran con la de un médico de atención primaria.

En un primer listado se reunieron las direcciones de correo de 792 potenciales profesionales a encuestar. Sin embargo, al inicio del estudio, 163 (el 20,6%) de las direcciones de correo no funcionaron correctamente (por errores en la tipografía de la dirección de correo o por haber sido esa dirección dada de baja) y otros 54 (el 6,8%) respondieron que no trabajaban en el ámbito de la atención primaria o hacía tiempo que no desarrollaban actividad asistencial directa con pacientes, por lo que no se consideraban idóneos para responder a la encuesta, quedando, por tanto, configurada la muestra final a efectos de los cálculos de este

estudio, por 575 personas con potencial facultad para responder a la encuesta. La procedencia, por Comunidades Autónomas, de dichos participantes se muestra en el anexo IV.

4.4.- Tamaño de la muestra: Al tratarse de un estudio realizado sobre una muestra de conveniencia (informadores clave), sin un universo poblacional claro al que representar, no se ha considerado necesario calcular un tamaño muestral mínimo necesario para garantizar un mínimo de precisión. De hecho, el estudio puede entenderse que se realiza sobre la población completa de informadores clave definida en el diseño inicial del estudio (profesionales con actividad laboral en atención primaria que hayan publicado algún estudio en las revistas citadas entre enero-2008-junio-2013). No obstante, los resultados del análisis se presentarán con sus respectivos intervalos de confianza al 95% para dar una idea del posible error aleatorio con respecto a esa población de informadores clave a la que iba dirigido el estudio.

4.5.- Diseño de cuestionario: La lista de Choosing Wisely consta de 210 intervenciones sanitarias cuya realización carece de suficiente base científica y que, por tanto, su presencia en la práctica clínica cotidiana debería ser cuestionada por inefectiva tanto por los profesionales como por los pacientes. Se ha elaborado a partir de la aportación de 42 sociedades científicas americanas (cinco recomendaciones cada sociedad) que representan a más de 500.000 de médicos.

A partir de la lista de intervenciones inefectivas publicadas en la web de Choosing-Wisely se seleccionaron aquellas cuyo ámbito de aplicación principal correspondía a la atención primaria. Para realizar esta selección, dos personas (autora y tutor) revisaron de forma independiente la lista completa de Choosing Wisely para identificar aquellos servicios sanitarios que consideraban específicos del ámbito de la atención primaria, resolviendo posteriormente, en un proceso de discusión y consenso informal, cualquier diferencia en los servicios seleccionados. Adicionalmente, se consultó posteriormente la lista de servicios contenida en la cartera de servicios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (BOE) para comprobar que todos los servicios seleccionados estaban contenidos en dicha cartera.

Se seleccionaron finalmente un total de 17 intervenciones o servicios que, en principio, podrían ser prescritos o realizados en el ámbito de la atención primaria y con ellos se realizó un cuestionario (anexo 2) para preguntar a los profesionales de la muestra en qué medida consideraban que dichas prácticas clínicas se realizaban en el ámbito de la Atención Primaria. Para ello se les pedía que tuvieran en cuenta su propia experiencia profesional, su entorno habitual de trabajo y que contaran como referencia la población de casos en los que fuera de aplicación cada intervención. Para cuantificar dicha opinión se estableció una escala tipo Likert graduada en cinco niveles de respuesta:

- 1.- Muy raramente (< del 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)
- 5.- En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

Adicionalmente se añadieron otras cinco preguntas de carácter general para conocer la opinión que dichos profesionales tenían sobre la dimensión, relevancia, repercusiones y factores que pudieran estar detrás del problema de la sobremedicación y la utilización de prácticas inefectivas en el ámbito de la atención primaria.

El cuestionario fue elaborado en la plataforma de Google Drive para poder ser remitido y cumplimentado “on line” y, tras una primera versión, se realizó una prueba piloto con 7 profesionales (compañeros del máster) que trabajaban en atención primaria para realizar una prueba de comprensión de las preguntas, así como para comprobar el buen funcionamiento de su cumplimentación.

4.6.- Envío del cuestionario (tiempo del estudio): El cuestionario se remitió de forma personalizada a los correos seleccionados de la muestra, con una carta de presentación en la que se describían brevemente los objetivos del estudio, el método de selección por el que había sido obtenida su dirección electrónica, el proyecto docente en el que se encuadraba el trabajo y en la que se subrayaba la confidencialidad y anonimato de las respuestas. Los

envíos se realizaron en los primeros días de junio (3 y 4 de junio) cerrándose la recepción de respuestas el 3 de julio de 2013.

4.7.- Variables recogidas: Además de las respuestas sobre el uso de cada una de las intervenciones seleccionadas y las opiniones sobre la importancia del problema de la sobremedicación y de la práctica de intervenciones inefectivas en atención primaria, se recogieron también las siguientes variables sociodemográficas: sexo, grupo de edad, años de experiencia y frecuencia de lectura de artículos científicos al año. No se incluyó la CCAA de origen para evitar la sensación de pérdida de anonimato de los encuestados y facilitar así su participación

4.8.- Análisis: Se analizaron las frecuencias de las respuestas a las diferentes preguntas del cuestionario. Para analizar las diferencias de respuesta en relación con las otras variables de caracterización de las personas encuestadas (sexo, edad, años de profesión, lectura de artículos) se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson (variables cualitativas) y de Kruskal-Wallis (variables cuantitativas).

En el análisis estadístico, las variables respuesta se agruparon siempre en tres grupos: “< del 10% de los casos” (escalas 1 y 2 de Likert); “entre el 10 y el 25 % de los casos” (escala 3 de Likert) y “> del 25 % de los casos” (escalas 4 y 5 de los casos) para evitar la dispersión de respuestas y hacer más robustos los resultados de los test. También se agruparon en tres grupos 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 un valor $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 20.0.

5.- PLAN DE TRABAJO:

Las fases y fechas aproximadas del trabajo, fueron las siguientes:

1. Búsqueda bibliográfica (Abril-mayo de 2013)
2. Selección de Intervenciones Inefectivas, aplicadas en Atención Primaria. (abril-mayo).
3. Elaborar encuesta “on-line”, con la opción formularios de Google Drive. (mayo)
4. Prueba piloto (finales de mayo)
5. Selección de muestra: revisión de números de *Atención Primaria*, y *Semergen*, para correos de autores (abril-mayo).
6. Envío de cuestionarios por correo electrónico (3 Junio).
7. Análisis de los datos del 5 de Julio al 30 septiembre).
8. Redacción de trabajo Final (30 septiembre-30 noviembre)

6.- RESULTADOS:

6.1.- Tasa de Respuesta: De los 792 profesionales invitados a participar inicialmente en la encuesta, 20,6% de las direcciones electrónicas no funcionaron correctamente y otro 6,8 % correos correspondían a personas que en ese momento no tenían un contacto directo con la asistencia sanitaria, por lo que la muestra final encuestada se redujo a 575. Durante el mes en que se mantuvo abierta la posibilidad de contestar se recibieron 212 respuestas, lo que representa una tasa de respuesta de 37%.

18

6.2.- Perfil de los respondedores:

La mayoría de quienes respondieron a la encuesta eran varones (59%), de entre 50 y 60 años, con más de 20 años de experiencia profesional (50,5%) y que acostumbran a leer más de 20 artículos científicos al año. En los gráficos 1 a 3 se detalla la distribución completa de la muestra con respecto a estas variables.

Gráfico 1: Perfil de respondedores: EDAD

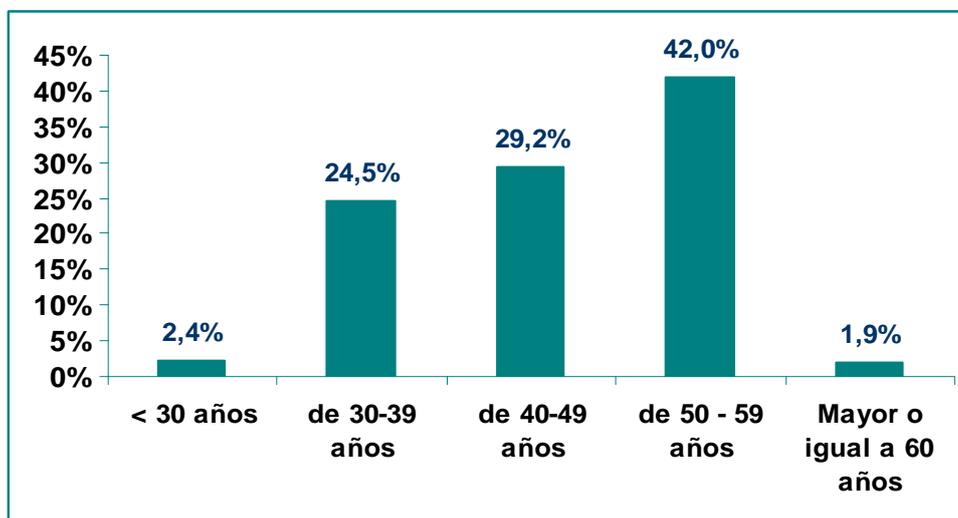


Gráfico 2: Perfil de respondedores: Años de experiencia profesional

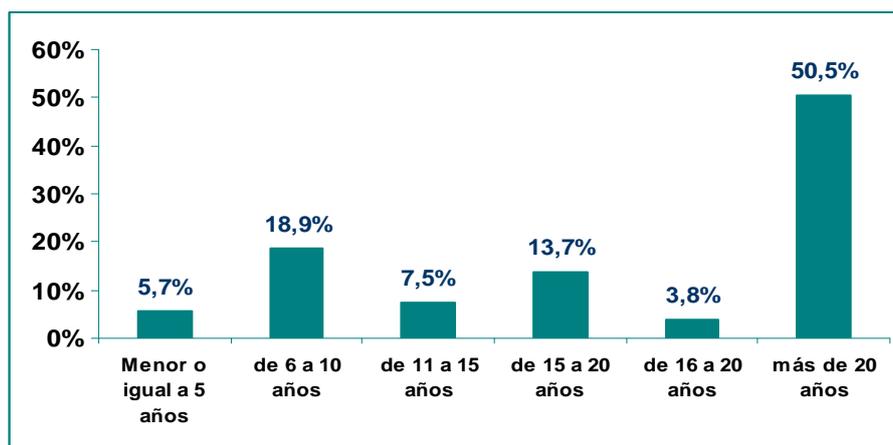
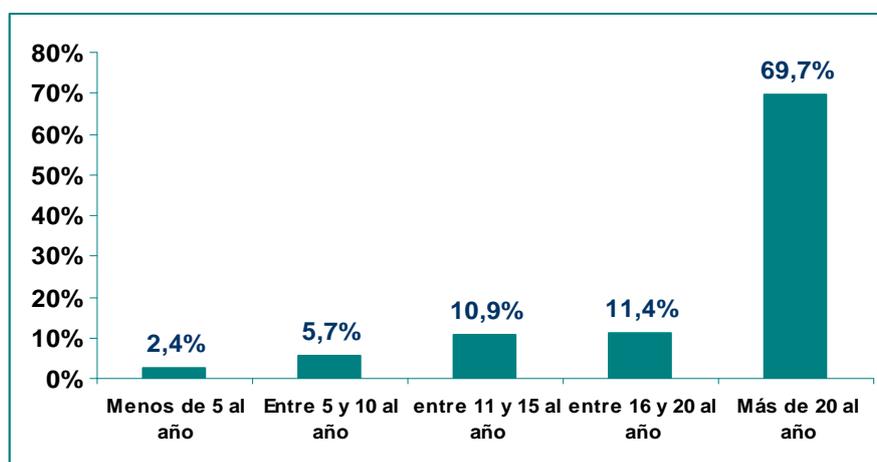


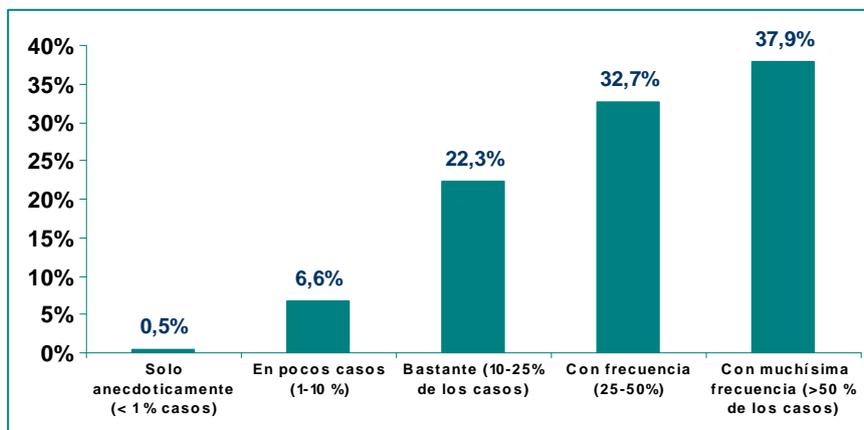
Gráfico 3: Perfil de respondedores: Nº de artículos científicos leídos al año



6.3.- Consciencia del problema de las prácticas inefectivas en atención primaria:

Más del 70 % [IC95%: 64,5-73,7] de los encuestados opina que el problema de la sobremedicación, el sobrediagnóstico o sobretratamiento es frecuente o muy frecuente (Gráfico 4) y que afectaría a más del 25% de los casos atendidos. No hay diferencias en esta apreciación ni en función del sexo ($p \geq 0,92$); años de experiencia profesional ($p \geq 0,42$) ni número de artículos científicos leídos al año ($p \geq 0,75$).

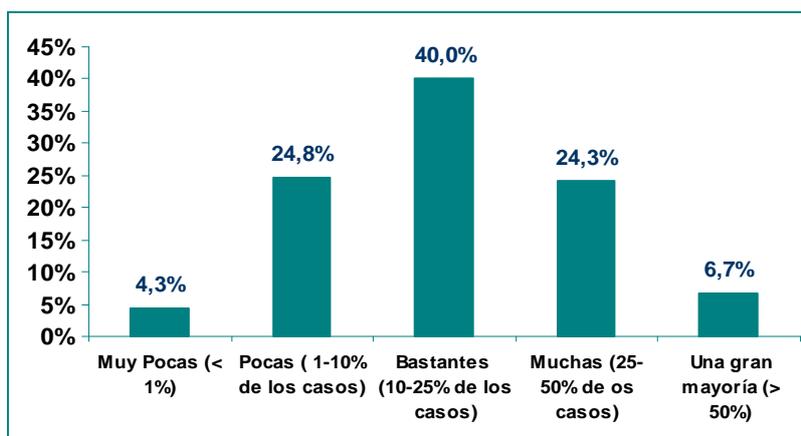
Gráfico 4: ¿Considera que la denominada "sobre-medicalización" o sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento de dolencias y enfermedades es un problema que afecta al ámbito de la Atención Primaria?



6.4.- Frecuencia de prácticas inefectivas:

Para el 40% [IC95%: 33,4-46,6] de los encuestados el 10-25 % de las prácticas que se realizan en atención primaria deberían dejar de hacerse por ser inefectivas, e incluso un 31% [IC95%: 24,7-37,3] opina que esa inefectividad afecta a más del 25% de las intervenciones realizadas (Gráfico 5). Tampoco en este caso existen diferencias significativas cuando se analizan los datos en función del sexo ($X^2= 1,7$; $p \geq 0,78$); edad ($X^2= 5,6$; $p \geq 0,23$); años de experiencia ($X^2= 4,0$; $p \geq 0,40$) o frecuencia de lectura de artículos científicos ($X^2= 6,7$; $p \geq 0,15$).

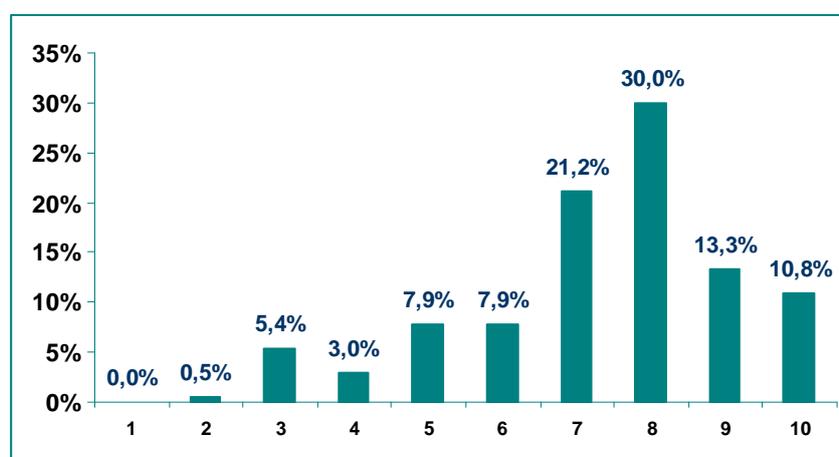
Gráfico 5: En su opinión ¿cuántas de las prácticas clínicas que se realizan en atención primaria deberían dejar de hacerse por inefectivas?



6.5.- Valoración de la importancia del problema:

Se preguntó a los encuestados que valorasen la importancia del problema de las prácticas inefectivas en atención primaria en una escala del uno al diez. La valoración media fue de 7,3 puntos (DE=1,8) [IC95%: 7,1-7,6] y más del 50% [IC95%: 47,2-60,9] le asignaron una puntuación de 8 o más puntos (Gráfico 6)

Gráfico 6: 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.



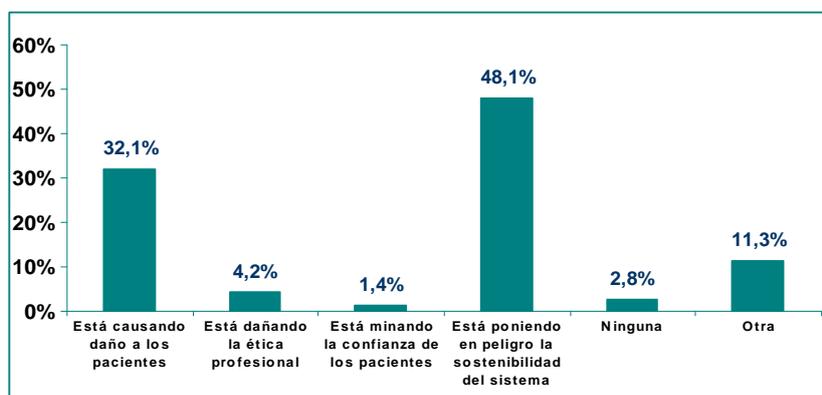
No había diferencias en esa valoración media cuando se analizaron (test de Kruskal-Wallis) las variables sexo ($p \geq 0,7$); edad ($K-W=4,3$; $p \geq 0,11$); número de artículos leídos ($K-W=2,5$; $p \geq 0,29$); pero sí en función de los años de experiencia profesional ($K-W=8,9$; $p \leq 0,01$), correspondiendo una valoración media ligeramente menor a quienes tenían más de 20 años de experiencia profesional (media 6,9; DE=1,9), que 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).

6.6.- Consecuencias del problema:

Para la mayoría de los encuestados, las principales consecuencias de la existencia de prácticas inefectivas en la atención primaria es que se está poniendo en peligro la sostenibilidad del sistema (48,1%; IC95%: 41,2-54,9) y causando daño a los pacientes (32,1%; IC95%: 25,7-38,5). Además una gran mayoría del 11,3 % que señalaron en esta pregunta la opción "Otras" (Gráfico 7), lo hicieron para subrayar que se afectaban en igual medida la sostenibilidad y la posible iatrogenia para los pacientes, así como otra lista heterogénea

(tabla 5, anexo) de posibles consecuencias como la medicalización de la vida, la aparición de resistencia a los antibióticos, la sobrecarga asistencial o la pérdida de tiempo.

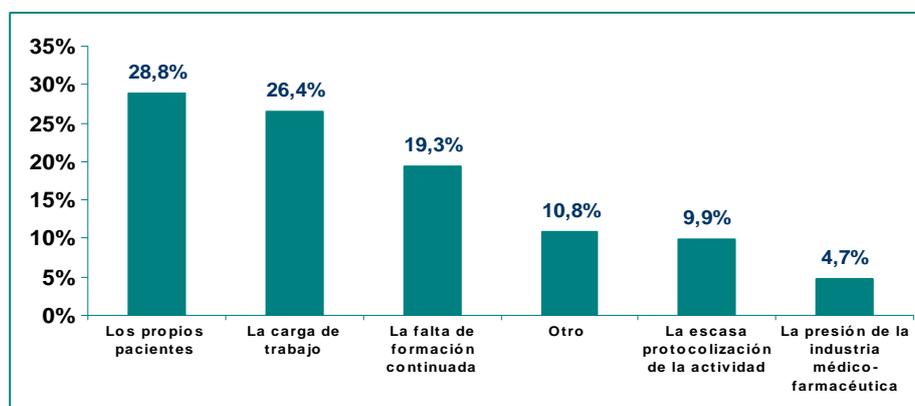
Gráfico 7: En su opinión, ¿cuál es la principal repercusión que está teniendo (si es que la tuviera) la utilización de prácticas inefectivas en atención primaria?



6.7.- Factores que contribuyen al mantenimiento de prácticas inefectivas:

Con respecto a los posibles factores que pueden estar contribuyendo al mantenimiento de prácticas inefectivas en la atención primaria (Gráfico 8), para la mayoría (28,8%; IC95%: 22,6-35,0) serían los propios pacientes los causantes del mantenimiento de dichas prácticas, otro 26,4% [IC95%: 20,3-32,5] opina que es la carga de trabajo el principal factor causante de estas prácticas y otro 19,3% [IC95%: 13,9-24,7] cree que la raíz del problema está en la falta de formación continuada. No hay diferencias en las respuestas ni por sexo, edad, años de experiencia o cantidad de artículos científicos leídos al año.

Gráfico 8: En su opinión, ¿cuál es el principal factor que contribuye al mantenimiento de prácticas inefectivas en atención primaria?



Hasta un 15% de los encuestados dejaron comentarios específicos para matizar su respuesta (tabla 6, anexo), haciendo referencia principalmente al carácter multifactorial del problema, la medicalización de la vida, los problemas de coordinación primaria-especializada, la medicina defensiva, la inercia o la falta de protocolización.

6.8.- Opinión sobre el uso de determinadas intervenciones:

Para facilitar la presentación de los resultados de la encuesta sobre las 17 intervenciones seleccionadas de la lista de Choosing Wisely, éstas se han agrupado en cuatro epígrafes (tablas 1 a 4).

Con respecto a la utilización de antibióticos en determinados procesos en los que no estarían indicados (tabla 1), en casi todos ellos existe un gran margen de uso inadecuado, en especial en los casos de rino-sinusitis no complicada (el 32,6 % [IC95%: 26,2-39,0] opina que se utilizan en más del 25% de los casos), las bacteriurias asintomáticas de los ancianos (el 28,8% [IC95%: 22,7-34,9] opina que se utilizan en más del 25 % de los casos) o las adenoconjuntivitis víricas (utilizados en más del 25% de los casos según el 25,9% [IC95%: 19,9-39,9] de los encuestados).

Tabla 1: Utilización de antibióticos en procesos no indicados

PREGUNTAS	Muy Raramente (<1% de los casos)	Ocasionalmente (1-10% de los casos)	Con cierta frecuencia (10-25% de los casos)	Con bastante frecuencia (25-50% de los casos)	La mayoría de los casos (>50% de los casos)
<i>En su opinión....</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P1. Se prescriben antibióticos ante una rinosinusitis no complicada con menos de 7 días de evolución sintomática	40 (18,9%)	44 (20,8%)	59 (27,8%)	44 (20,8)	25 (11,8)
P5. Se prescriben antibióticos para tratar adenoconjuntivitis víricas	62 (29,2 %)	44 (20,8%)	50 (23,6%)	27 (12,7%)	28 (13,2%)
P6. Se prescriben antibióticos por vía oral para tratar episodios de otitis externa no complicada	77 (36,3%)	65 (30,7%)	33 (15,6%)	25 (11,8%)	12 (5,7%)
P7. Se prescriben antibióticos para tratar procesos respiratorios de probable origen viral en niños (sinusitis, faringitis, bronquitis)	45 (21,2%)	65 (30,7%)	55 (25,9%)	36 (17,0%)	7 (3,3%)
P13. Se utilizan antibióticos para tratar bacteriurias asintomáticas en ancianos	36 (17,0%)	66 (31,1%)	47 (22,2%)	39 (18,4%)	22 (10,4%)

De las dos pruebas diagnósticas sobre que las que se preguntó en la encuesta (tabla 2), la realización de pruebas radiológicas en las primaras fases de la lumbalgia no complicada es la que parece tener un mayor margen de mejora (se suele solicitar en más del 25% de los casos

según el 22,6% [IC95%: 16,9-28,2] de los encuestados), mientras que las pruebas de imagen en el caso de las cefaleas parece más minoritario.

Tabla 2: Utilización de pruebas diagnósticas de efectividad dudosa

PREGUNTAS	Muy Raramente (<1% de los casos)	Ocasionalmente (1-10% de los casos)	Con cierta frecuencia (10-25% de los casos)	Con bastante frecuencia (25-50% de los casos)	La mayoría de los casos (>50% de los casos)
<i>En su opinión....</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P2. Se realizan pruebas de imagen en los pacientes que acuden a consulta por dolor lumbar en las primeras 6 semanas de evolución, aunque no existan signos de alerta que puedan hacer sospechar una enfermedad basal grave.	43 (20,3%)	80 (37,7%)	41 (19,3%)	34 (16,0)	14 (6,6%)
P9. Se solicitan pruebas de imagen en pacientes con cefalea no complicada	109 (51,4%)	65 (30,7%)	28 (13,2%)	8 (3,8%)	1 (0,5%)

La encuesta incluía cinco cuestiones sobre la utilización de pruebas de cribado (tabla 3). De todas ellas, la realización de citologías con carácter anual en mujeres de entre 30-65 años es la que parece tener una mayor frecuencia de uso inadecuado en las pacientes de atención primaria (en más del 25% de los casos según el 23,6% [IC95%= 17,9-29,3] de los encuestados), mientras que el resto solo se realizarían en menos del 10% según la gran mayoría de los encuestados.

Tabla 3: Utilización de intervenciones de cribado de forma inadecuada

PREGUNTAS	Muy Raramente (<1% de los casos)	Ocasionalmente (1-10% de los casos)	Con cierta frecuencia (10-25% de los casos)	Con bastante frecuencia (25-50% de los casos)	La mayoría de los casos (>50% de los casos)
<i>En su opinión....</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P3. Se solicita densitometría ósea para cribado de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o varones < de 70 sin factores de riesgo	113 (53,3%)	66 (31,1%)	23 (10,8%)	7 (3,3%)	3 (1,4%)
P4. Se realizan electrocardiogramas anuales de forma rutinaria en pacientes sin factores de riesgo o sin síntomas sospechosos de patología cardiaca	111 (52,4%)	56 (26,4%)	27 (12,7%)	13 (6,1%)	4 (1,9%)
P15. Se realizan citologías ANUALES de cribado para el cáncer cervical en mujeres entre 30-65 años	72 (34,0%)	46 (21,7%)	41 (19,3%)	25 (11,8%)	25 (11,8%)
P16. Se realiza citología vaginal de cribado para el cáncer de cuello en mujeres menores de 21 años	76 (35,8%)	76 (35,8%)	38 (17,9%)	14 (6,6%)	4 (1,9%)
P17. Se realiza citología vaginal de cribado para el cáncer de cuello en mujeres mayores de 65 años con historia previa de cribado	94 (44,3%)	69 (32,5%)	25 (11,8%)	17 (8,0%)	3 (1,4%)

PREGUNTAS	Muy Raramente (<1% de los casos)	Ocasionalmente (1-10% de los casos)	Con cierta frecuencia (10-25% de los casos)	Con bastante frecuencia (25-50% de los casos)	La mayoría de los casos (>50% de los casos)
<i>negativa y sin otros factores de riesgo.</i>					

Por último, la encuesta incluía también cinco preguntas sobre intervenciones terapéuticas de utilidad dudosa (tabla 4). En este capítulo la opinión de los encuestados señala un margen de utilización inadecuada en todas ellas, con especial relevancia en el caso de la utilización de fármacos para conseguir una cifra de hemoglobina glicada \leq del 7,5% en pacientes mayores de 65 años con diabetes tipo II, cuya utilización según el 68,4% [IC95%= 62,1-74,7] de los encuestados se realizaría en más del 25% de los casos y también en el caso de la utilización de benzodiazepinas como primera línea de tratamiento del insomnio, la agitación o los síntomas delirantes en pacientes adultos, que en opinión del 63,2% [IC95%= 56,7-69,7] de los encuestados se realizaría en más del 25% de los casos. Con la excepción de la utilización de los antitusivos y anticatarrales en menores de 4 años, todas las intervenciones terapéuticas contempladas se realizarían en más del 10% de los casos según la gran mayoría de los encuestados.

Tabla 4: Utilización de intervenciones terapéuticas de manera inadecuada.

PREGUNTAS	Muy Raramente (<1% de los casos)	Ocasionalmente (1-10% de los casos)	Con cierta frecuencia (10-25% de los casos)	Con bastante frecuencia (25-50% de los casos)	La mayoría de los casos (>50% de los casos)
<i>En su opinión....</i>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
P8. Se prescriben antitusivos o anticatarrales en menores de 4 años	59 (27,8%)	76 (35,8%)	37 (17,5%)	19 (9,0%)	13 (6,1%)
P10. Se utilizan medicamentos para mantener una hemoglobina glicada menor de 7,5 % en pacientes mayores de 65 años con diabetes tipo II	8 (3,8%)	21 (9,9 %)	38 (17,9%)	68 (32,1%)	77 (36,3%)
P11. Se utilizan benzodiazepinas u otros hipnóticos sedantes como primera elección para tratar el insomnio, la agitación o síntomas delirantes en pacientes adultos	10 (4,7%)	30 (14,2%)	34 (16,0%)	66 (31,1%)	68 (32,1%)
P12. Se prescriben antipsicóticos como primera elección para tratar síntomas psicológicos y de comportamiento relacionados con la demencia	32 (15,1%)	48 (22,6%)	52 (24,5%)	48 (22,6%)	30 (14,2%)
P14. Se prescriben analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, en los casos en los que sea necesaria una analgesia, en pacientes con Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica o Insuficiencia Cardíaca	28 (13,2%)	51 (24,1%)	57 (26,9%)	59 (27,8%)	17 (8,0%)

Se analizaron las respuestas en función del sexo, edad, años de experiencia o números 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 benzodiazepinas e hipnóticos en casos de insomnio, agitación o síntomas delirantes (Pregunta 11), pues las mujeres opinaban en mayor medida que los varones que estas se utilizaban en menos del 10% de los casos ($\chi^2=10,3$; $p=0,03$).

Cuando se examinaba la edad de los encuestados, únicamente se apreciaron diferencias en las respuestas en el caso de la utilización de medicamentos para mantener una cifra de hemoglobina glicada \leq del 7,5% en mayores de 65 años con diabetes tipo II, fundamentalmente como consecuencia de que los 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 ($\chi^2=15,4$; $p=0,05$).

Considerando el número de artículos leídos, había diferencias en las respuestas sobre la utilización de densitometrías para el cribado de osteoporosis (pregunta 3), 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 ($\chi^2=18,8$; $p=0,02$).

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 adenovconjuntivitis víricas, 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 ($\chi^2=16,1$; $p=0,04$). Sobre la utilización de antibióticos en las infecciones respiratorias de origen viral, quienes tienen menor experiencia profesional distribuyen su respuesta de forma más o menos homogénea en las cuatro primeras opciones (entre $<$ del 1% y el 50% de los casos); quienes cuentan con una experiencia de entre 10-20 años lo hacen más marcadamente en las tres opciones centrales (entre el 1% y el 50%) y quienes tienen más de 20 años de experiencia en las tres primeras (entre $<$ del 1% y el 25%) ($\chi^2=16,7$; $p=0,03$). Finalmente, en

el caso del uso de antitusivos y anticatarrales las diferencias ($\chi^2 = 16,1$; $p = 0,04$) se sustentan principalmente porque quienes tienen menos experiencia opinan que esos medicamentos se usan en mayor medida que lo que piensan quienes tienen una experiencia superior a 20 años.

7.- DISCUSIÓN:

7.1.- Limitaciones del estudio: 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 tienen ninguna representatividad sobre ningún territorio geográfico en concreto y quizá tampoco sobre el conjunto de profesionales que desarrollan su actividad en atención primaria. 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 pueden tomarse como representativo de todos los que practican la medicina en el ámbito de la atención primaria, 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.

Otra limitación podría ser la derivada del propio método de encuesta utilizado (vía “on line”). Los cuestionarios en línea están en constante aumento²⁹ con el uso de Internet y son cada vez más frecuentes, sobre todo en el mundo anglosajón^{29,30}. En un análisis de 17 estudios dirigidos a profesionales sanitarios realizados en Reino Unido; EEUU y Canadá entre 1999 y 2002^{29,30}, se encontraron tasas de respuestas del 9% al 94%. Otro estudio realizado en 2005 - 2006 en Barcelona^{29,31}, a profesionales sanitarios de medicina y enfermería colegiados, alcanzo tasas de respuesta del 13% y del 8,6% respectivamente. En los centros de salud analizados, la tasa de respuesta del 32.46% y del 25%, se encontró una relación significativa con la edad, mayor uso en < 50 años, pero no con el sexo, en el estudio Catalán.

En nuestro caso la tasa de respuesta ha sido mayor (36,8%) quizá por la especial motivación de los profesionales a quienes iba dirigida la encuesta, más familiarizados y capaces de entender las dificultades del proceso de investigación (al ser ellos autores de artículos científicos), encuentran el tema de interés actual y más dispuestos, por tanto, a colaborar para facilitar esa tarea.

7.2.- Importancia y consecuencias del problema del uso inapropiado en atención primaria:

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 costes³⁴ 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 atención primaria³⁵. De hecho varias sociedades científicas relacionadas con la práctica clínica en la atención primaria, entre ellas la American Family Physician, han contribuido también a la elaboración de la lista de Choosing Wisely y la NPA (National Physicians Alliance) ha publicado el “top 5” de servicios³⁶ que deberían evitarse en atención primaria para mejorar la calidad en este ámbito.

En cualquier ámbito, los costos de salud están directamente relacionados con las decisiones tomadas en la práctica clínica⁶. Estas decisiones son difíciles de influir, porque se hacen en el contexto de las personas que a menudo están enfermas y vulnerables, con poca comprensión de los beneficios y riesgos potenciales de las opciones diagnósticas y terapéuticas. Comúnmente, los programas para contener los costos consisten en la aplicación de recortes. Una estrategia menos dañina, sería reducir las actuaciones residuales o innecesarias, las que no aportan valor⁶. La oportunidad es inmensa y podría superar más del 20% del gasto.

De que el problema es relevante también en atención primaria da cuenta la valoración del mismo que hacen los encuestados en este estudio. Concretan su importancia en una puntuación media de 7,3 sobre 10 y consideran que es un problema muy frecuente en el día a día y que podría afectar a más del 10% de las prácticas clínicas que se realizan habitualmente según el 70% de los encuestados. No podemos aventurar una estimación del coste y 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 SIAP³⁷, las cifras pueden ser, sin duda, importantes.

La medicina que en el pasado solía ser simple, poco efectiva, y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa. El estilo actual en nuestra sociedad propicia el encuentro de pacientes cada vez más informados y más demandantes, con profesionales cada vez más presionados. Según se detalla en algunos estudios²², hay que prestar atención a las actividades de los sistemas

sanitarios como inductores de enfermedad. Este fenómeno tan paradójico, ya denunciado hace décadas^{22, 38}, está alcanzando proporciones alarmantes y una de sus causas podría ser la utilización inapropiada de intervenciones sanitarias. Así lo ven también mayoritariamente los encuestados en este estudio, quienes apuntan el potencial daño a los pacientes y el riesgo de quiebra del sistema como las dos principales consecuencias que la sobre-medicalización puede estar ocasionando. Y en ello coinciden con lo señalado en todas las publicaciones relativas al mismo tema^{18,22,34,35,38}.

No es fácil encontrar un factor principal al que atribuir el origen y mantenimiento de estas prácticas y, como señalan algunos de los encuestados, lo más probable es que obedezca a un conjunto de elementos que actúan en combinación inseparable. Entre ellos destaca el protagonismo dado a los propios pacientes que son señalados como uno de los agentes principales en la perpetuación de estas prácticas inefectivas y en cuyo trasfondo puede estar la denunciada “medicalización”³⁹ de la sociedad, que convierte a los pacientes en demandantes espontáneos de servicios sanitarios de dudosa efectividad, instigados por la presión mediática ejercida sobre determinados temas de salud, de forma a menudo interesada, por determinados grupos de interés^{14,18,,22,34,39}

Otros factores que se identifican como contribuyentes principales al mantenimiento de esas prácticas inefectivas son la carga de trabajo y la falta de formación continuada⁴⁰. Está claro que la formación continua^{41,42}, es la vía más adecuada para mantener la competencia profesional y garantizar su adaptación a las nuevas situaciones, tecnologías y conocimientos. Permite corregir insuficiencias formativas del pregrado y favorece la correcta utilización de los servicios sanitarios. En ese sentido, debe ser contemplada como una herramienta fundamental e imprescindible para garantizar la calidad de los servicios sanitarios favoreciendo la difusión de aquellas intervenciones cuya evidencia científica está bien contrastada y eliminando aquellas otras de efectividad dudosa o nula. Con respecto a la carga de trabajo, es una reivindicación antigua en la atención primaria 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 plantea un mínimo de diez minutos⁴³ para atender a cada paciente, así como un tiempo

adicional para otras tareas (formación continuada, revisión de casos, etc) necesarias también para una práctica clínica de calidad.

Enfrentarse al problema de exceso de demanda puede requerir varios enfoques⁴⁴ como la redistribución de tareas, con la participación de enfermería y las unidades administrativas, para corregir el exceso de demanda que se canaliza exclusivamente en la consulta médica; o el de valorar el perfil de los pacientes y el beneficio o el valor añadido que cabe esperar en su relación con el sistema sanitario. De esta forma es posible identificar, no solo la hiperfrecuentación o sobre-utilización, sino también la mala utilización, que nos sugiere medidas concretas de mejora.

7.3.- Uso de determinadas prácticas inadecuadas en atención primaria:

De las prácticas inadecuadas sobre las que se encuestó, el mal uso de antibióticos en determinadas situaciones clínicas como rino-sinusitis⁴⁵, adeno conjuntivitis⁴⁶, otitis externa⁴⁷ no complicada, infecciones víricas respiratorias⁴⁸ o bacteriurias^{36,47}, asintomáticas es quizá la que se percibe como más extendida en el ámbito de la atención primaria^{36,48,49}.

Las enfermedades infecciosas siguen siendo la causa más frecuente de consulta en Atención Primaria, donde se realiza una gran mayoría de la prescripción de antibióticos⁵⁰. España es uno de los países desarrollados con más consumo de antibióticos, mayores tasas de resistencia bacteriana, sobre todo en los patógenos de origen comunitario (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Campylobacter Jejuni*, *Salmonella* o *Escherichia coli*) y exportadora de estas resistencias a nivel mundial. Las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, demanda sanitaria, costes del tratamiento y deterioro de la calidad del tratamiento de futuros pacientes. El consumo exagerado de antibióticos y la aparición de resistencias están relacionados directamente con la prescripción médica inadecuada, la dispensación sin receta por los farmacéuticos y el uso indiscriminado que realizan los pacientes. Otras causas que también pueden contribuir son la presión que realizan los laboratorios farmacéuticos sobre la prescripción y la falta de una política antibiótica en AP, en la administración sanitaria.

La resistencia a los antibióticos es un problema importante para la Salud Pública a nivel mundial. Las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, demanda sanitaria, coste de tratamiento y deterioro de la calidad del tratamiento en futuros pacientes. La utilización inapropiada de antibióticos (consumo elevado, utilización de infecciones de vías respiratorias altas de etiología viral, los tratamientos de duración incorrecta o con dosis sub-óptimas) es la causa más importante del desarrollo de resistencias bacterianas en Europa, existiendo una clara correlación entre el uso de antibióticos y la prevalencia de cepas resistentes. En ninguna de las situaciones clínicas contempladas en la encuesta (rino-sinusitis⁴⁵, adeno-conjuntivitis vírica⁴⁶, infecciones respiratorias virales⁴⁷, bacteriurias asintomáticas^{48,36}) la administración de antibióticos ha demostrado efectividad alguna^{49,50} y, sin embargo, sí parecen claros los efectos perjudiciales que pueden derivarse de ese uso inadecuado tanto para el propio paciente como para la comunidad en su conjunto^{36,46,47, 48,49,50}

Otro campo abonado para el uso inadecuado es el de las pruebas diagnósticas. La demanda de exploraciones en el campo diagnóstico, en especial en el del diagnóstico por la imagen, se ha incrementado de forma notable en los últimos años y, sin embargo, y en contra de lo que podría parecer a primera vista, la demanda de exploraciones que utilizan radiaciones ionizantes está en claro aumento⁵¹, todo ello conlleva, adicionalmente, un previsible aumento de la dosis de un radiación recibida por los pacientes.

De las dos intervenciones sobre las que se preguntó en la encuesta, (pruebas de imagen para el diagnóstico de lumbalgias⁵² no complicadas y cefaleas) únicamente la utilización de pruebas de imagen en el caso de las lumbalgias no complicadas es la que parece tener un mayor margen de mejora (se solicitaría en más del 25% de las ocasiones según un 23,6% de los encuestados y en más del 10% de las ocasiones según el 42,9% de los mismos). Para no perder de vista la magnitud del problema hay que tener en cuenta que el dolor lumbar agudo es el motivo de consulta más frecuente en atención primaria^{53,54} y aunque la mayoría de las guías clínicas sobre este problema^{53,54}, 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 real.

Las prácticas de cribado poblacional siguen estando en la actualidad del debate científico⁵⁵ por los potenciales efectos perjudiciales que pueden conllevar para la población sana, que puede verse falsamente etiquetada como enferma (falsos positivos) y como consecuencia de ello verse sometidos a pruebas y tratamientos innecesarios no carentes de daños colaterales, o como sana (falsos negativos) y ver retrasado su diagnóstico por la confianza en una prueba sin la especificidad necesaria. Los cribados son intervenciones sanitarias para el diagnóstico de enfermedades que no han producido todavía síntomas. Participan simultáneamente sanos y enfermos. Entre los verdaderos positivos caben muchos sanos que pueden tener la enfermedad (por ejemplo, cáncer, depresión) pero en un estado o forma que nunca hubiera evolucionado a la enfermedad “florida”, es lo que llamamos, sobre-diagnóstico. La consecuencia final de realizar cribados de cáncer es el aumento de los diagnósticos (incidencia), sin cambiar en la mortalidad lo que conlleva la “creación de un ejército de supervivientes (en falso) al cáncer” y el uso imprudente de la supervivencia a 5 años como demostración de la bondad de dichos cribados⁵⁵

Especial mención merece el cribado de cáncer de cuello mediante citología vaginal periódica cuya escasa prevalencia puede incluso hacer dudar de su conveniencia⁵⁶. De las cinco intervenciones de cribado sobre las que sondeó en el estudio, tres correspondían, precisamente, a esta práctica de cribado de cáncer^{56,57}, de cuello uterino: una se centraba en la inconveniencia de la periodicidad anual y las otras dos en los límites de edad para realizarlo^{56,57}.

El tema del cribado de cáncer de cérvix sigue siendo un tema de debate. La USPSTF⁵⁸ ha publicado en 2012 una actualización de sus recomendaciones en las que incluye la realización de un test contra el virus del papiloma humano en combinación con la citología en mujeres⁵⁹ entre 30- 65 años. Por otro lado desaconseja dicho cribado en mujeres^{58,59}, menores de 21 años (hay suficientes evidencias que en estas mujeres no reduce la incidencia ni la mortalidad) o en las mayores⁶⁰ de 65 años con cribados anteriores correctos.

De acuerdo con los encuestados, donde habría un mayor margen de mejora sería en la periodicidad con la que se ofrece dicho cribado, llevado a cabo con carácter anual en más del 25% de las ocasiones en opinión de un 23,6 % de los encuestados, mientras que su

práctica fuera de los límites de edad recomendados parece más minoritario. Asimismo, la práctica de densitometrías⁶¹, de cribado o de electrocardiogramas rutinarios en pacientes asintomáticos, uno de los cinco servicios que deberían evitarse por inapropiados de forma más prioritaria en atención primaria⁶², parecen practicarse de forma casi testimonial para la inmensa mayoría de los encuestados (en menos del 1% de los casos).

Mayor margen de mejora parece apreciarse en las cinco intervenciones terapéuticas sobre las que se ha encuestado, en particular en relación con el uso de fármacos para mantener un control de la hemoglobina glicada por debajo del 7,5% en pacientes con diabetes tipo II mayores de 65 años y en la utilización de benzodiazepinas 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 glucemia^{63,64}, mediante fármacos en ancianos con diabetes tipo II 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 micro-vasculares 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 glicada 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 corta^{64,65,66,67}

De acuerdo con los resultados de este estudio en la inmensa mayoría de los casos se estaría persiguiendo ese objetivo de hemoglobina < de 7,5% mediante la utilización de fármacos en todos los mayores de 65 años con diabetes tipo II, aunque quizá se requeriría un estudio más específico para comprobar si se establecen o no esos márgenes de flexibilidad en los objetivos clínico-analíticos perseguidos en función de las características más específicas de cada paciente.

Por lo que respecta a las prescripción de benzodiazepinas⁶⁸, hay varios estudios que señalan un incremento considerable del riesgo de accidentes de coche, caídas o fracturas de cadera en los ancianos que toman estos medicamentos^{68,69,70}, por ello habría que 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.

Las benzodiacepinas⁷¹ son fármacos hipnóticos-sedantes muy utilizados en AP, son de acción rápida y eficaz, son bien tolerados y su coste es bajo. Sus desventajas se relacionan con los efectos indeseables por uso prolongado. Uso muy extendido y se sabe que un 2,5% de la población las utiliza regularmente y que un 5% de consultas en AP puede finalizar en prescripción. Se ha advertido reiteradamente la falta de adecuación a estándares de uso adecuado, especialmente en ancianos⁷¹. Para más del 60% de los encuestados, sin embargo, este tipo de medicamentos se utiliza como primera línea terapéutica en más del 25% de las ocasiones, lo que convierte en uno 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 que, pese a su limitado beneficio en estos casos, pueden conllevar un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y de muerte en los pacientes ancianos⁷² 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 líquidos^{72,73,74,75}.

8.- CONCLUSIONES:

Como principales conclusiones de este estudio podemos señalar las siguientes:

1. La utilización de intervenciones inefectivas en atención primaria es apreciada como un problema muy relevante por los profesionales que trabajan en este ámbito, asignándole una puntuación media de 7,3 puntos sobre 10.
2. En opinión de la mayoría de los informadores clave encuestados, el problema de las intervenciones inefectivas podría afectar a más del 25 % de los pacientes atendidos y a más del 10% de las prácticas actualmente realizadas en los centros de salud.
3. Los principales factores contribuyentes al mantenimiento de prácticas inefectivas en atención primaria son los propios pacientes (sus demandas), la carga de trabajo y la falta de formación continuada.
4. El mantenimiento de prácticas inefectivas en atención primaria podría estar poniendo en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario y causando daños a los pacientes.
5. La utilización de antibióticos en procesos infecciosos de probable origen vírico, como adenovirus, rinosinusitis, otitis no complicada o determinadas infecciones respiratorias es una de las áreas donde parece existir un importante margen de mejora para la adecuación de la práctica clínica.
6. La práctica de pruebas diagnósticas de imagen en casos en los que no están indicadas (lumbalgia aguda no complicada y cefalea) no parece muy generalizada, aunque en el caso de las lumbalgias agudas podrían estar realizándose bastante más de lo necesario.
7. La citología vaginal para el cribado del cáncer de cuello uterino parece realizarse correctamente con respecto a los límites de edad en los que está indicado, pero de forma incorrecta en cuanto a su periodicidad.
8. Hay varias importantes intervenciones terapéuticas que se están llevando a cabo con un margen de inadecuación importante, como el control estricto de la glucemia por medio de fármacos en los pacientes diabéticos tipo II mayores de 65 años, la utilización de benzodiazepinas, hipnóticos y antipsicóticos en determinadas

indicaciones en pacientes ancianos o el uso de analgésicos en pacientes con hipertensión o insuficiencia renal.

9. Deberían llevarse a cabo programas de mejora centrados en esas intervenciones mencionadas para reducir el impacto de las intervenciones inefectivas en atención primaria.

9.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Informe OMS 2008: La Atención Primaria, más necesaria que nunca. [Internet]. Ginebra. OMS 2008. [Citado 07/11/2013] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
2. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A; 2001.
3. Starfield B. Atención Primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud, Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012; 26:20-26.
4. Starfield B. Is US really the best in the world? JAMA. 2000; 284:483-5.
5. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in the US health care. JAMA, 2012; 307:1513-6.
6. Reuben DB, Cassel CK. Physician's stewardship of health care in an era of finite resource. JAMA. 2011; 306: 430-431.
7. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The Value of Low-Value Lists. JAMA. 2013; 309:775-776
8. National Institute for Clinical Excellence. NICE. [Internet]. "Do not do" recommendation. London: NICE; 2013 [Citado 30/03/2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/detail.jsp?action=details&dndid=379>
9. Choosing - Wisely: [Internet] Philadelphia: ABIM Foundation; c2013, [Citado 30/03/ 2013]. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org>
10. Foundation ABIM. [Internet]. Philadelphia: ABIM Foundation; 2013. [Citado 27/02/ 2013]. Disponible en: <http://www.abimfoundation.org/>
11. Kostopoulou O, Delaney BC., Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care-a system review. Family Practice. 2008; 25:400-413

12. Center for Medical Consumers. Why too much medicine is making us sicker and poorer [Internet]. Center for Medical Consumers; 2012. [Citado 03/03/2008]: [aprox. 2p.] Disponible en: <http://medicalconsumers.org/2008/03/01/overtreated%e2%80%94why-too-much-medicine-is-making-us-sicker-and-poorer/>
13. Moymhan R, Doust J, David H. Preventing over diagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502
14. Grabel LM, Wachter RM, Cassel CK. Bringing Diagnosis into Quality and Safety equations. *JAMA*. 2012; 308:1211-1212
15. Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. *Atención Primaria*. 2012; 44: 691-694.
16. Zurro AM, Cano P, JF. *Atención Primaria, Conceptos, Organización, y Práctica Clínica*. España: Elsevier; 2008. Vol. 1. p. 86-150
17. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones: Barcelona: Masson S.A. 2002, p.1-15.
18. Báez JM., Sánchez A, Gárces RG, Gonzáles CR, Santos L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre Atención Primaria y especialidades. *SEMERGEN*. 2013; 29: 89-94.
19. Pérez V. El laboratorio clínico en el Sistema asistencial. *SEMERGEN*. 2011; 37:111-112
20. Gérvas J. Paradojas en la derivación de Primaria a Especializada. *Aten Primaria*. 2008; 40:253-255.
21. Godlee F. Too much medicine. *BMJ*. 2013;346:1328
22. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Alvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Parte I. Vivir, enfermar y morir en una sociedad opulenta. *Gaceta. Sanitaria*. 2006; 20. Suppl. 1:41-47.
23. García FM, Merino SA, Sanz Cantalapiedra R, García OA, Montero A MJ y Maderuelo F JA. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Aten Primaria*, 2009; 41:702-706.

24. Vicens CC, Sempere E, Arroyo A MP, Hernández MA, Palop V, Orueta et al. Variabilidad en la medicación de la calidad de prescripción por Comunidades Autónomas. *Aten Primaria*. 2010; 42: 380-387.
25. Segura A, Giner V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Aten Primaria*. 2013; 45:274-277.
26. Cassel CK, Guest JD. "Choosing Wisely": Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012 ; 307 :1801-1802
27. Aguado A, Rodríguez D, Flor F, Sicras A, Ruíz A, Prados-Torres A. Distribución del Gasto Sanitario en Atención Primaria, según edad y sexo. Análisis retrospectivo. *Aten Primaria*. 2012; 44:145-152.
28. Briones E. Lo que empezamos a saber sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar la seguridad de los pacientes. [revista electrónica] *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2011. [Citado 19/03/2013]. Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=6506649&DocumentID=GCS46-6>
29. Aerny PN, Domínguez MF, Astray J, Esteban MD, Blanco A , López MA. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionario en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit*. 2012; 26(5): 477-479.
30. Braithwaite D, Emery J, de Luisignan S. et al. Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? *Fam Pract*. 2003; 20:545-551
31. Lupianez F. Internet, salud y sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionado con la salud en Catalunya. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 2009. [Citado 14/07/2013]. Disponible en:
http://www.ictconsequences.net/uoc/pdf_tesis/tesis_flupianez.pdf
32. Eysenbach G, Wyatt J. Using Internet and health research. *J Med Internet Res*. 2002; 4(2):E13.

33. Mira JJ, Linares G, Lorenzo MS. Uso de Internet por Médicos de Primaria y hospitales, y sus percepciones de cómo influye en su relación con los pacientes. *Aten Primaria*. 2009; 41:308-314.
34. Korenstein D, Falk R, Houweell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of Health Care services in the United States. *Arch. Int. Med.* 2012; 172: 171-178.
35. 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(2): 142-148.
36. The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" list in primary care. *Arch Intern Med.* 2011; 171; 1385-1390.
37. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad [Internet]. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2012. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [citado 14/07/2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm>
38. Illich I. *Némesis medicina: la expropiación de la salud*. México: Barral Editores; 1975.
39. Segura MJ, Moya P, y Escribano F. Identificación de algunas características del de AP que influyen en el gasto farmacéutico. *Rev. Calidad Asistencial*. 2012; 27:345 -350.
40. Garrido S, García R y Nogales P. Formación Continua en Atención Primaria. Necesidades formativas de sus profesionales. *Aten Primaria*. 2002; 30:368-373.
41. Salcedo JI, Sánchez A, González C. Sobre Formación Continua, Investigación, Sesiones clínicas, Tamaño de la muestra. *Aten Primaria*. 2000; 26:194.
42. González LA, Fernández OE, Fernández E, Vásquez P, Villegas L et Casariego E. Análisis de las dudas de los médicos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2009; 41:592-599.
43. González AI, Sánchez MJF. Necesidades de información de los médicos de AP: análisis de preguntas y su resolución. *Aten Primaria*. 2006; 38:219 -224
44. Millas J, Otegui A, Pérez S, Arzuaga JM, Martínez JM, Insausti MJ, et al. Consulta de Atención Primaria: ¿Todo es del médico?. *Aten Primaria*. 2011; 43:516–523.

45. Centre for Disease Control and Prevention (CDC), Cochrane, and Annals of Internal Medicine. "Top 5" lists in Primary Care. "Don't routinely prescribes antibiotics for acute mild-to moderate sinusitis. Arch Intern Med. 2011; 171:1385-1390.

46. American Academy of Ophthalmology [Internet] Retina Panel. Preferred Practice Pattern. Conjunctivitis. Dont order antibiotics for adenoviral conjunctivitis (pink eye). American Academy of Ophthalmology, 2013 [Citado 14/07/2013]. Disponible en: www.aao.org/ppp.

47. Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, et al. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngology Head Neck Surg. 2006 ; 134(4Suppl):S4-23.

48. Penn Medicine [Internet] Shulman ST, Bisnol AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan ED, Lee , et al. Clinical Practice guideline for the diagnosis and management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the infectious Diseases Society of America. Philadelphia ; 2013. [Citado 14/07/2013] http://www.uphs.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/grpastrepidsa.pdf

49. Palop V, Penella ME, y Martínez I. Reflexiones sobre la utilización de Antibióticos en Atención Primaria. Aten Primaria. 2003; 32 :42-47.

50. Serna M, Ribes E, Real J, Galván L, Gascó E. y Godoy P. Alta exposición a Antibióticos en la población y sus diferencias por género y edad. Aten Primaria. 2011; 43:236-244.

51. Bellés A. ¿Irradiamos excesivamente a la población en Atención Primaria?. Aten Primaria. 2009; 41:7-8.

52. National Institute for Clinical Excellence. NICE [Internet]. 2009 NICE low back pain guideline. NICE; 2009. [Citado 14/07/2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>

53. Pérez I., Alcorta I., Aguirre G., Aristegi G., Caso J., Esquisabel R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. [Citado 14/07/2013] Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc_07-1.pdf

54. Toward Optimized Practice [Internet]. PDRAS; 2012. Guideline for the evidence-Informed Primary Care management of low back pain. Institute of health economics 2009. [Citado 14/07/2013]. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/?sid=65&cpg_cats=90
55. Gérvas J, Pérez M. Cribados: una propuesta de racionalización. Gac. Sanit. 2013; 27:372-373.
56. Gray M. New concepts in screening.Br J. Gen Pract. 2004; 54:292-298.
57. Spagnola E, Segura A, Vila R. et al. Importancia del cáncer de cérvix en Cataluña sobre un eventual programa de cribaje. Med Clín (Barc). 1984; 82: 83-86.
- 58.. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for cervical cancer. Practice Bulletin Nº.131. Obstet Gynecol. 2012; 120:1222-1238.
59. Screening Guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer: Guideline Committee, American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology. CA Cancer.(Papa-Test in women 30-65 years old). J Clin. 2012; 62:147-72.
60. American Academy of Family Physicians. Cervical Cancer [Internet]. 2012 [citado 17/07/2013]. Disponible en: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam/cervicalcancer.html>
61. US Preventive Services Task Force (USPSTF) [Internet]. Rockville: USPSTF; 2013. [Citado: 17/07/2013]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
62. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in Type 2 Diabetes. N Eng J Med. 2008; 258:2545-2559.
63. 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; 364:818-828.
64. ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucosa control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N. Eng J Med 2008; 358: 2560-2572.

65. Montori VM, Fernández M. Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? *Ann Intern Med.* 2009; 150:803-8. Erratum in *Intern Med.* 2009 Jul 21;151(2):144.
66. 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: 419-430.
67. Menéndez TE, Lafita TF, Artola MS, Núñez-C JM, Alonso GA, Puig DM, et al. Recomendaciones para el Tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *SEMERGEN.* 2011; 37: 74-82.
68. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of Zolpidem, Alprazolam or Diazepam in older adults. *J Am Geriatric Soc.* 2011; 59:1883-1890.
69. Allain H, Bentue-Ferrer D, Polard E, Akwa Y. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review: *Drugs Aging* 2005; 22(9): 749- 765.
70. 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: 616-631.
71. Granados MI, Salinero F MA, Ancillo MP, Gutiérrez LA, Escalonilla GC, Ortega O R. Adecuación del uso de las Benzodiazepinas, Zolpidem y Zopiclona en problemas atendidos en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2006; 38: 159-164.
72. National Kidney Foundation [Internet]. New York: NKF; 2013. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. [Citado 17/07/2013]. Disponible en: www.kidney.org
73. National Heart, Lung and Blood Institute [Internet]. US Department of Health and Human Services, 2013. Seven Report of the Joint NATIONAL Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure. [Citado 17/07/2013]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>

74. Burden R, Tomson C; Guideline Development Committee, Joint Specialty Committee on Renal Disease of the Royal College of Physicians of London and the Renal Association. Identification, management and referral of adults with chronic kidney disease: concise guidelines. Clin Med. 2005 Nov-Dec;5(6):635-42.

75. Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2013. Scottish Intercollegiate Guidelines. Management of chronic heart failure A national clinical guideline. [Citado 17/07/2013] Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign95.pdf>

10.- ANEXOS:

10.1.- Anexos I. Opinión textual sobre factores que con tribuyen al mantenimiento de prácticas inefectivas en Atención Primaria

Tabla 5: Comentarios libres sobre consecuencias de la utilización de prácticas inefectivas en atención primaria
<i>"medicalización de la vida cotidiana"</i>
<i>2y3 y generando pacientes no responsables</i>
<i>Al igual que en la pregunta anterior, tengo que marcar dos, pone en peligro la sostenibilidad del sistema y, evidentemente causa daño a los pacientes, ya que todo tiene sus efectos adversos y una práctica ineficaz, por lógica tiene una relación beneficio/riesgo desfavorable.</i>
<i>Aumenta la demanda y la presión asistencial</i>
<i>aumento del gasto, del tiempo en consulta, creando falsos pacientes...</i>
<i>considero varias respuestas 1,2 y 3.</i>
<i>coste</i>
<i>Crear enfermos ficticios y cronificar los síntomas</i>
<i>creo que esta encuesta tiene mal diseño, tiene un gran sesgo y focaliza donde no debe y creo que este problema es bastante más claro en atención hospitalaria</i>
<i>creo que todas son repercusiones importantes</i>
<i>empeora la calidad de la asistencia en varias de sus dimensiones</i>
<i>Es multifactorial</i>
<i>Está convirtiendo en hiperactivo al sistema sanitario</i>
<i>generación de resistencias antibióticas</i>
<i>genéricos</i>
<i>junto a la 2?</i>
<i>mal funcionamiento de las consultas</i>
<i>MEDICALIZA LA VIDA DE LOS CIUDADANOS</i>
<i>Medicalización innecesaria, medicación inútil, dependencia del sistema sanitario y iatrogenia</i>
<i>no creo que pueda decirse que 'causa daño' pues una actividad inefectiva y 'claramente dañina' no se realizaría. Pero en cualquier caso, una intervención inefectiva 'puede' ser dañina eventualmente.</i>
<i>Ocasiona iatrogenia (causa daño a los pacientes)</i>
<i>ocupando tiempo</i>
<i>poli medicación y prescripciones no indicadas</i>
<i>Por favor, especificar qué se entiende bajo práctica inefectiva en AP</i>
<i>resistencias a antibióticos, interacciones medicamentosas, sobre-tratamiento de los pacientes, etc.</i>
<i>respuestas 2 y 3</i>
<i>riesgo evitable e ineficiencia</i>
<i>Sobrecarga de trabajo en actividades poco ineficientes</i>
<i>también la sostenibilidad del sistema</i>
<i>todas las anteriores</i>
<i>todas menos la 1ª</i>
<i>Una mezcla de todas</i>
<i>y puede causar daño a los pacientes ya la ética profesional</i>

10.2.- Anexo II. Opinión textual principal repercusión que esta teniendo (si es que las tiene) de las prácticas inefectivas en AP

Tabla 6: Respuestas literales añadidas a la pregunta sobre factores que contribuyen al mantenimiento de las prácticas inefectivas en atención primaria
<i>ADEMÁS DE LA SOBRECARGA ASISTENCIAL (QUE ES UNA CONSECUENCIA) LA CREACIÓN DE FALSAS EXPECTATIVAS POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN EN LOS USUARIOS</i>
<i>considero que no hay un mayor factor aislado, la carga de trabajo, la presión de los pacientes y el abandono de la administración cuando surgen problemas a pesar de haber seguido los protocolos</i>
<i>Creo que es un conjunto de presión de la industria, presión de los pacientes y carga de trabajo, sobretudo en el momento actual, pero no sabría decir cual tiene mayor influencia</i>
<i>el concepto social de salud y sanidad</i>
<i>el escaso consenso entre especialistas, atención primaria, servicios de urgencias, a la hora de aplicar los protocolos. La medicina defensiva. La carga de trabajo.</i>
<i>El hábito histórico y la dificultad de suprimir una práctica ya consolidada. Muchas de estas prácticas tienen su origen tanto en primaria como en atención hospitalaria.</i>
<i>Es multifactorial</i>
<i>Formación basada en la auto reflexión</i>
<i>Guías actualizadas</i>
<i>Infravaloración del enfoque clínico en la atención primaria.</i>
<i>insuficiente actitud crítica ante la práctica rutinaria</i>
<i>la 2ª+3ª+4ª</i>
<i>la administración con la sobreprotección a los ciudadanos, estos se lo han creído</i>
<i>la buena practica</i>
<i>La demanda del paciente estimulada por la propaganda del sistema sanitario.</i>
<i>La falta de profesionalismo clínico y gestor, y la inducción de la práctica especializada tanto pública como privada</i>
<i>la inercia</i>
<i>la inercia, la 'complacencia' con el paciente, la 'complacencia' o el no querer contradecir a otros colegas (especialistas)</i>
<i>La presión asistencial, la falta de confianza de los pacientes en las opiniones médicas y el nulo respaldo de la administración hacia el medico en caso de negarse a realizar alguna prueba demandada por los usuarios.</i>
<i>la propia organización sanitaria</i>
<i>La sobrevaloración de la capacidad de la medicina para resolver todo tipo de problemas incluidos muchos que no podríamos considerar como problemas médicos</i>
<i>Los hábitos adquiridos y la rutina</i>
<i>los médicos y pacientes creen que hacer es mejor que no hacer, no es falta de formación, porque en la formación te enseñan a dar algo, aunque no sea de la industria.</i>
<i>Los propios médicos</i>
<i>medicina defensiva</i>
<i>prescripción inducida</i>
<i>Protocolos revisables como la valoración anual que en muchos casos podría alargarse</i>
<i>Rutina</i>
<i>sumatorio de 3 y 4 junto a publicidad</i>
<i>También la ausencia de protocolos y cartera de servicios clara</i>
<i>también los pacientes</i>
<i>Una mezcla de todas</i>

10.3.- Anexo III. Modelo de cuestionario utilizado en el estudio

Utilización de determinadas prácticas en Atención Primaria

El Objetivo de este estudio es obtener una opinión de los profesionales sobre la utilización de determinadas prácticas extraídas de las lista de ChoosingWisely en el ámbito de la Atención Primaria. Constituye el trabajo de fin de máster de Salud Pública de la Universidad de Zaragoza de la Dra Lilian David (667057@unizar.es), dirigido por el Dr J Ignacio Barrasa (ibarrasa@unizar.es).
MUCHAS GRACIAS por contribuir con su respuesta a esta iniciativa investigadora y docente.

De acuerdo con su experiencia profesional, su entorno habitual de trabajo y tomando como referencia la población de casos en los que fueran de aplicación, ¿en qué medida cree que se realizan las siguientes prácticas clínicas en el ámbito de la Atención Primaria?

Prácticas extraídas de ChoosingWisely: <http://www.choosingwisely.org>

Posibles respuestas: 1.- Muy raramente (< del 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); 5.- En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1.- Se prescriben antibióticos ante una rinosinusitis no complicada con menos de 7 días de evolución sintomática

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

2.- Se realizan pruebas de imagen en los pacientes que acuden a consulta por dolor lumbar en las primeras 6 semanas de evolución, aunque no existan signos de alerta que puedan hacer sospechar una enfermedad basal grave.

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

3.- Se solicita densitometría ósea para cribado de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o varones < de 70 sin factores de riesgo

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

4.- Se realizan electrocardiogramas anuales de forma rutinaria en pacientes sin factores de riesgo o sin síntomas sospechosos de patología cardíaca
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

5.- Se prescriben antibióticos para tratar adenoconjuntivitis víricas

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

6.- Se prescriben antibióticos por vía oral para tratar episodios de otitis externa no complicada
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

7.- Se prescriben antibióticos para tratar procesos respiratorios de probable origen viral en niños (sinusitis, faringitis, bronquitis)
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

8.- Se prescriben antitusivos o anticatarrales en menores de 4 años
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

9.- Se solicitan pruebas de imagen en pacientes con cefalea no complicada
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

10.- Se utilizan medicamentos para mantener una hemoglobina glicada menor de 7,5 % en pacientes mayores de 65 años con diabetes tipo II

Esta pregunta es obligatoria.

11.- Se utilizan benzodiazepinas u otros hipnóticos sedantes como primera elección para tratar el insomnio, la agitación o síntomas delirantes en pacientes adultos

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

12.- Se prescriben antipsicóticos como primera elección para tratar síntomas psicológicos y de comportamiento relacionados con la demencia

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

13.- Se utilizan antibióticos para tratar bacteriurias asintomáticas en ancianos

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

14.- Se prescriben analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, en los casos en los que sea necesaria una analgesia, en pacientes con Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica o Insuficiencia Cardíaca

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5

Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

15.- Se realizan citologías ANUALES de cribado para el cáncer cervical en mujeres entre 30-65 años

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

16.- Se realiza citología vaginal de cribado para el cáncer de cuello en mujeres menores de 21 años
Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

17.- Se realiza citología vaginal de cribado para el cáncer de cuello en mujeres mayores de 65 años con historia previa de cribado negativa y sin otros factores de riesgo.

Selecciona un valor en el intervalo de 1: Muy raramente (< del 1% de los casos), a 5, En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

1 2 3 4 5
Muy raramente (< del 1% de los casos) En la mayoría de los casos (> 50% de los casos)

18.- ¿Considera que la denominada "sobremedicalización" o sobrediagnóstico y sobretratamiento de dolencias y enfermedades es un problema que afecta al ámbito de la Atención Primaria?

1.- Solo anecdóticamente, 2.- En pocos casos, 3.- Bastante, 4.- Con frecuencia, 5.- Con muchísima frecuencia

Selecciona un valor en el intervalo de 1, Solo anecdóticamente, a 5, Con muchísima frecuencia,

1 2 3 4 5

Solo anecdóticamente Con muchísima frecuencia

19.- En su opinión, ¿cuántas de las practicas clínicas que se realizan en Atención Primaria deberían dejar de hacerse por inefectivas?

Selecciona un valor en el intervalo de 1, Muy pocas (< del 1%), a 5, Una gran mayoría (> del 50%),

1 2 3 4 5

Muy pocas (< del 1%) Una gran mayoría (> del 50%)

20.- ¿Cuál es el principal factor que contribuye al mantenimiento de prácticas inefectivas en Atención Primaria?

Señalar solo uno, el que en su opinión más influencia tiene.

- La presión de la industria médico-farmacéutica
- La falta de formación continuada
- La carga de trabajo
- Los propios pacientes
- La escasa protocolización de la actividad
- Otro (escribirlo en el recuadro de abajo)

... añada su respuesta

21.- ¿Cuál considera que es la principal repercusión que está teniendo (si es que la tuviera) la utilización de prácticas inefectivas en Atención Primaria?

- Ninguna
- Está causando daño a los pacientes
- Está poniendo en peligro la sostenibilidad del sistema
- Está dañando la ética profesional
- Está minando la confianza de los pacientes
- Otra (añadirla abajo)

... añadir su respuesta

22.- En una escala del 1 al 10, valore la importancia como problema que en su opinión tiene la utilización de prácticas inefectivas en Atención Primaria

Selecciona un valor en el intervalo de 1,Muy poca importancia, a 10,La mayor importancia, .

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy poca importancia La mayor importancia

Responda, por favor también a estas preguntas de carácter sociodemográfico

Sexo

- Varón
- Mujer

Edad:

- < 30 años
- 30-39 años
- de 40-49 años
- de 50 - 59 años
- Mayor o igual a 60 años

Años de experiencia profesional

- Menor o igual a 5 años
- de 6 a 10 años
- de 11 a 15 años
- de 16 a 20 años
- más de 20 años

Frecuencia anual de lectura de artículos científicos en revistas nacionales o internacionales

- Menos de 5 al año
- Entre 5 y 10 al año
- entre 11 y 15 al año
- entre 16 y 20 al año
- Más de 20 al año

10.4.- Anexo IV. Distribución de la muestra encuestada por Comunidad Autónoma de origen y sexo

Comunidad Autónoma	Masculino	Femenino	Total	%
Andalucía	59	22	81	14.1
Aragón	25	12	37	6.5
Principado Asturias	5	4	9	1.6
Islas Baleares	4	3	7	1.21
Islas Canarias	13	1	14	2.43
Cantabria	3	1	4	0.7
Castilla y León	20	3	23	4.0
Castilla La Mancha	14	3	17	2.96
Cataluña	102	57	158	27.5
Extremadura	5	1	6	1.04
Galicia	16	8	24	4.17
Comunidad de Madrid	86	37	123	21.5
Región de Murcia	11	4	15	2.5
Comunidad de Navarra	2	4	6	1.04
País Vasco	9	2	11	1.91
La Rioja	6		6	1.04
Comunidad Valenciana	13	19	32	5.6
Ceuta y Melilla	1		1	0.17
Total	394	181	575	100%
%	68.5%	31.5%		