

Es necesario disminuir la utilización de intervenciones innecesarias



EL MEDICO INTERACTIVO. Marzo de 2016 - Manel Santià. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

La Medicina basada en la evidencia ha calado en la ciencia médica y hoy en día solo es aceptable realizar intervenciones, tratamientos o pruebas diagnósticas que estén basadas en estudios que hayan demostrado su utilidad. Sin embargo, todavía existe mucha variabilidad en la práctica médica, mucha variabilidad entre regiones, entre servicios sanitarios y entre profesionales

Los indudables avances en la medicina junto con el notable desarrollo de los sistemas sanitarios, sin duda, están contribuyendo positivamente a mejorar el estado de salud de los ciudadanos, pero ¿todo lo que hacemos los profesionales repercute positivamente en los pacientes?, ¿estamos haciendo cosas en las que no existe evidencia demostrada de su utilidad? Y no solo eso, ¿estamos haciendo cosas que pueden causar algún tipo de daño al paciente, aportándole por el contrario poco o ningún beneficio?

Sabemos que toda actuación médica puede comportar un riesgo y algún tipo de efecto secundario en el paciente, pero se acepta en la medida que el beneficio es superior a ese riesgo.

Los avances de la Medicina son constantes, la investigación no cesa y continuamente se tienen más y nuevos conocimientos. La medicina basada en la evidencia ha calado en la ciencia médica y hoy en día solo es aceptable realizar intervenciones, tratamientos o pruebas diagnósticas que estén basadas en estudios que hayan demostrado su utilidad.

No obstante, todavía existe mucha variabilidad en la práctica médica, mucha variabilidad entre regiones, entre servicios sanitarios, entre profesionales. Ello a pesar del desarrollo de guías o protocolos asistenciales y a pesar del extenso desarrollo de las herramientas tecnológicas que permiten una fácil y rápida comunicación entre profesionales y entre instituciones. Esta variabilidad tiene diversas causas o diversas explicaciones, pero sin duda es uno de los aspectos que hay que mejorar en ese camino en que todos estamos comprometidos, como es el de la mejora continua de la Calidad Asistencial de nuestros servicios sanitarios.

Los pacientes/ciudadanos cada vez más están llamados a tener un mayor protagonismo en el sistema sanitario y van a tener un papel más activo en el cuidado de su salud. Cada vez están más y mejor informados, pero también más confusos, dada la incommensurable cantidad de información sanitaria que tienen a su disposición y los incontables canales por los cuales les llega. Los profesionales (médicos, enfermería) tenemos el deber de saber orientarlos adecuadamente y para ello tenemos que evitar proponerles aquellas intervenciones que aportan poco o muy poco valor en la mejora de su salud y que incluso pueden entrañar algún riesgo para la misma.

Las denominadas intervenciones innecesarias son aquellas que no se sustentan en ningún estudio científico que haya demostrado su eficacia, tienen una efectividad escasa o dudosa y pueden causar algún problema en los pacientes, es decir, no son coste-efectivas.

Se calcula que los costes sanitarios aproximadamente representan un 10 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) y que aproximadamente un 30 por ciento de las intervenciones sanitarias son dudosamente coste-efectivas, es decir, que si no se realizaran podríamos dedicar ese porcentaje a otras de eficacia probada.

En el año 2007 la NICE (*The National Institute for health and Care Excellence*) de Gran Bretaña empezó a elaborar un listado de prácticas usuales en los servicios sanitarios que no tenían suficiente sustento científico y por tanto recomiendan no continuar practicándolas, se conoce como las Do Not Do (<http://www.nice.org.uk/>).

En 2011 se inició la campaña *Choosing Wisely* (Escoger sabiamente) (<http://www.choosingwisely.org/>), impulsada por el *American Board of Internal Medicine*, donde se pidió a las diferentes sociedades médicas científicas que diesen sus recomendaciones sobre lo que no hay que hacer.

Similares iniciativas se han ido desarrollando en distintos países, como por ejemplo en Canadá (*Choosing Wisely Canada*’s; <http://www.choosingwiselycanada.org/>) que empezó en 2014, auspiciada por la asociación médica canadiense y la Universidad de Toronto con el objetivo de ayudar a que médicos y pacientes traten de los procedimientos innecesarios y ayudarles a escoger las mejores prácticas.

En otros países se han ido desarrollando proyectos parecidos: Australia, Austria, Brasil, Dinamarca, Francia, Inglaterra, Alemania, India, Israel, Italia, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Suiza y Estados Unidos.

Cabe destacar también el proyecto *Too Much Medicine* en Reino Unido (<http://www.bmj.com/too-much-medicine>), impulsado por el *British Medical Journal*, que tiene el objetivo de resaltar la mejora que se tiene que hacer en el terreno del sobrediagnóstico y el malbaratamiento de recursos que comporta realizar intervenciones innecesarias.

En España, auspiciado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) y a partir de una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), está en marcha el proyecto denominado "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", que se inició el año 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias en nuestro país, teniendo también como objetivos:

- Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados
- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos

En la actualidad se han adherido 48 sociedades científicas, las cuales han publicado sus recomendaciones en la web del Ministerio (<https://www.mssi.gob.es/profesionales/excelencia/home.htm>).

Las recomendaciones de "no hacer" deben estar basadas en:

- La evidencia científica y de calidad que las sustenta
- Su relevancia o impacto clínico
- La población a la que afecta

Algunos ejemplos de recomendaciones que se pueden encontrar públicas en la web del ministerio referenciadas:

- No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma (SERMEF)
- No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo (SEMFyC, SEMERGEN, SEMG)
- No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de manera simultánea, ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad (SER)
- No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada (SEMI)
- No realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física (SEDAR)
- No realizar colecistectomía en pacientes con colelitiasis asintomática (AEC)
- No realizar radiografía de tórax diaria, de forma rutinaria, en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)

Este proyecto continuará avanzando en los próximos años hacia el siguiente paso que será la evaluación de los cambios que estas recomendaciones han producido en la práctica médica.

Otro aspecto en que se está trabajando en el campo de la Calidad Asistencial es el del sobrediagnóstico médico.

El sobrediagnóstico es diagnosticar una enfermedad que nunca causará síntomas a un paciente. Ello comporta que se convierta en enfermo una persona sin ninguna necesidad, lo cual puede comportar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que no le aportarán ningún beneficio a su salud.

Existe evidencia científica que sugiere que hay sobrediagnóstico en patologías muy prevalentes en nuestra sociedad, como es el asma, la hipertensión arterial o el cáncer de mama.

El sobrediagnóstico también sucede cuando una enfermedad se diagnostica correctamente, pero el diagnóstico es irrelevante pues el tratamiento de la enfermedad no es necesario.

Otra forma en que el sobrediagnóstico sucede es cuando las definiciones de las enfermedades se amplían tanto que las personas con problemas muy leves, o personas en riesgo muy bajo de enfermedades futuras, se clasifican como enfermos, lo cual conlleva tratamientos que pueden hacer más daño que bien.

Ejemplos los tenemos en el debate existente sobre el sobrediagnóstico en los Déficit de Atención e Hiperactividad en niños.

Así pues en el terreno de la mejora continua de la calidad hay camino para recorrer en estos dos puntos que están interrelacionados, el de evitar intervenciones innecesarias y el de evitar el sobrediagnóstico.