

ORIGINAL

Percepción de los profesionales de atención primaria sobre la frecuencia con que se realizan intervenciones «que no hay que hacer»



J.E. Calle Urra^{a,*}, A. Jimeno Almazán^a, A. Más Castillo^a, T. Ramón Esparza^a,
C. Arellano Morata^a y J.J. López-Picazo Ferrer^b

^a Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^b Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Virgen de la Arrixaca, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

Recibido el 26 de julio de 2024; aceptado el 12 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Recomendaciones de
no hacer;
Atención primaria;
Encuesta

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de atención primaria (AP) acerca de la frecuencia con la que se realizan las intervenciones «que no hay que hacer» en este nivel asistencial.

Material y métodos: Se elaboraron tres cuestionarios con los que se valoraron nueve intervenciones en medicina de familia, dos en pediatría y seis en enfermería. Se calculó el porcentaje de profesionales que manifestaban realizar siempre o casi siempre estas intervenciones, considerando aceptables los porcentajes inferiores al 5%. Se efectuó además un análisis descriptivo de las barreras identificadas para disminuir estas intervenciones.

Resultados: Cinco de las nueve intervenciones valoradas en medicina de familia, las dos de pediatría y cuatro de las seis de enfermería eran realizadas siempre o casi siempre por el 5% o más de los profesionales.

Entre las barreras señaladas para dejar de hacer las intervenciones innecesarias destacaba, en primer lugar, la falta de tiempo en la consulta, seguido por la falta de formación.

Conclusiones: Los resultados obtenidos han permitido identificar cuáles de las intervenciones de AP valoradas presentan el mayor margen de mejora, así como las principales barreras para su desimplementación. Las encuestas a profesionales permiten valorar recomendaciones que no es posible medir a partir de los registros clínicos. Conocer la percepción de las mismas sobre su práctica clínica puede ser de gran utilidad para el diseño del plan de intervención.

© 2024 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josee.calle@carm.es (J.E. Calle Urra).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.11.002>

2603-6479/© 2024 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS

Do not do
recommendations;
Primary care;
Survey

Perception of primary care professionals about the frequency with which are carried out «do not do interventions»**Abstract**

Objective: To know the perception of primary care professionals about the frequency with which interventions that should not be done at this level of care are carried out.

Material and methods: Three questionnaires were developed to evaluate 9 interventions in family medicine, 2 in pediatrics and 6 in nursing. The percentage of professionals who stated that they always or almost always carried out these interventions was calculated, considering acceptable percentages of less than 5%. A descriptive analysis of the barriers identified to reduce these interventions was also carried out.

Results: Five of the 9 interventions evaluated in family medicine, 2 in pediatrics, and 4 of the 6 in nursing were always or almost always performed by 5% or more of the professionals.

Among the barriers identified to stop doing unnecessary interventions, the first was lack of time in the consultation, followed by lack of training.

Conclusions: The results obtained have made it possible to identify which of the primary care interventions evaluated have the greatest room for improvement, as well as the main barriers to their deimplementation. Surveys of professionals make it possible to assess recommendations that cannot be measured from clinical records. Knowing their perception of their clinical practice can be very useful for designing the intervention plan.

© 2024 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Las recomendaciones de no hacer son importantes dado que están relacionadas con el uso de intervenciones sanitarias innecesarias que hay que reducir, porque no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Estas intervenciones pueden favorecer la aparición de eventos adversos graves y suponen un sobrecoste importante para el sistema sanitario¹.

Para reducir las intervenciones innecesarias en España, el Ministerio de Sanidad puso en marcha en 2013 el Proyecto «Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas»^{2,3}. Se pidió a cada Sociedad que propusiese cinco recomendaciones de no hacer. Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta la existencia de otras experiencias similares como las «Do not Do Recommendations» desarrolladas por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en el Reino Unido⁴, o las campañas «Choosing Wisely» de distintos países^{5,6}. Con posterioridad, el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 incluyó entre sus objetivos la implementación de las recomendaciones de no hacer en atención primaria (AP) pertenecientes al proyecto del Ministerio de Sanidad⁷.

El propósito final de estas iniciativas es disminuir los daños innecesarios provocados al paciente y mejorar el nivel de eficiencia del sistema sanitario⁸.

Para implementar este proyecto en la Región de Murcia se creó, en 2018, el «Grupo de trabajo sobre recomendaciones de no hacer» del Servicio Murciano de Salud (SMS) y, con posterioridad, el «Grupo sobre recomendaciones de no hacer en atención primaria», formado por expertos en cali-

dad asistencial y profesionales médicos y de enfermería de este nivel asistencial.

El papel de la AP es clave para la prevención y reducción de estas prácticas⁹, pero la redacción ambigua de muchas de las recomendaciones, junto a la falta de información sobre las mismas en la historia clínica, hace difícil en muchos casos cuantificar la magnitud del problema, así como valorar el grado de efectividad de las medidas correctoras puestas en marcha¹⁰.

El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción de los profesionales de AP acerca de la frecuencia con la que se realizan las intervenciones que «no hay que hacer» del proyecto del Ministerio de Sanidad en este nivel asistencial.

Material y métodos

La fuente de datos para la selección de las recomendaciones a valorar en este estudio fue el proyecto sobre recomendaciones de no hacer del Ministerio de Sanidad^{2,3}. Se tuvieron en cuenta, en primer lugar, las recomendaciones propuestas por las sociedades médicas y de enfermería de AP y, en una segunda fase, las de otras sociedades que suelen incluir entre las suyas, recomendaciones cuya implementación corresponde a este nivel asistencial, en concreto las de las sociedades de pediatría, neumología, biopatología médica-laboratorio, radiología y rehabilitación. El número inicial de recomendaciones seleccionadas fue 40.

Posteriormente se hizo una priorización de las mismas mediante la valoración, por parte del «Grupo sobre recomendaciones de no hacer en atención primaria del SMS», de la relevancia y magnitud hipotética del problema al que se refiere cada una de ellas^{10,11}. Finalmente fueron priorizadas 14 recomendaciones (tabla 1) de las cuales nueve corres-

Tabla 1 Intervenciones con recomendación de no hacer valoradas, desagregadas por colectivo profesional

Recomendaciones	Medicina de familia	Pediatría de atención primaria	Enfermería de atención primaria
1. No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo	X		
2. No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma dentro de las 6 primeras semanas de evolución	X		
3. No usar tiras reactivas y/o glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes (metformina), salvo situaciones de control glucémico inestable	X		X
4. No realizar HbA1C más de dos veces al año en pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico	X		
5. No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata, y en ningún caso a hombres de 70 años o más	X		
6. No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la hormona estimulante del tiroides (TSH) y, en caso de ser anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento	X	X	
7. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del test Strep A® sea positivo	X	X	
8. No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados	X		
9. No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres postmenopáusicas	X		
10. No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiar las heridas crónicas			X
11. No utilizar de forma rutinaria povidona yodada en niños menores de dos años			X
12. No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local			X
13. No recomendar el uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión			X
14. No realizar masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión			X

HbA1C: hemoglobina glucosilada; PSA: antígeno prostático específico; test Strep A®: test rápido de detección cualitativa del estreptococo del grupo A.

pondían a medicina de familia, dos a pediatría de AP y seis a enfermería de este nivel asistencial.

Se elaboraron indicadores para valorar la frecuencia con la que se realizaban las intervenciones innecesarias, y se construyó una ficha para cada una de ellas que incluía tanto la fórmula, como las aclaraciones y excepciones necesarias para su medición¹².

Para la recogida de los datos para su valoración se elaboraron tres cuestionarios *ad hoc*¹³ (Anexo), que fueron enviados por correo electrónico para su cumplimentación por los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería de AP del SMS, desde el 2 de noviembre hasta

el 9 de diciembre de 2022. Para aumentar la tasa de respuesta, se envió un recordatorio a los 15 días de iniciado el estudio. En el caso de medicina de familia y pediatría de AP se envió el cuestionario a los profesionales que ocupaban en el momento del estudio una plaza de ese perfil profesional.

La escala de respuesta de las preguntas incluía las opciones de siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. En el caso de la petición de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) las opciones eran una vez al año, cada seis meses, cada tres meses, cada mes, otro.

Se incluyó una pregunta abierta al final de los cuestionarios dónde se podían realizar observaciones y/o sugerencias.

La redacción de las preguntas se hizo de manera que en una parte de las mismas se preguntaba por la frecuencia de realización de la intervención innecesaria y, en la otra, por la frecuencia con la que se llevaba a cabo la intervención necesaria (p. ej., prescripción de broncodilatadores de vida media o larga con corticoide asociado en el asma bronquial).

Variables estudiadas

Para valorar el nivel de incumplimiento se calculó el porcentaje de profesionales que manifestaban realizar siempre o casi siempre las intervenciones innecesarias (nunca o casi nunca en el caso de que se preguntase por la intervención necesaria). En el caso de la HbA1C se calculó el porcentaje de profesionales que manifestaban realizar más de dos peticiones al año.

Se consideraron aceptables porcentajes inferiores al 5%^{10,11}.

Se realizó además un análisis descriptivo de las observaciones/sugerencias señaladas por los profesionales en la pregunta abierta del cuestionario.

Se calculó la tasa de respuesta a los cuestionarios global y desagregada por colectivo profesional. Como denominador de la tasa se utilizó el número de profesionales que se encontraba trabajando en activo, durante el periodo en el que se realizó la recogida de la información. Estos datos fueron facilitados por la Subdirección General de Recursos Humanos del SMS.

Resultados

Contestaron a los cuestionarios 188 profesionales de medicina de familia, 45 de pediatría de AP y 160 de enfermería de este nivel asistencial, lo cual supone una tasa de respuesta global del 17,3%, oscilando entre el 15,7% de enfermería y el 18,8% de medicina de familia.

Cinco de las nueve intervenciones valoradas en medicina de familia presentaban porcentajes de incumplimiento del 5% o más (tabla 2). Se trataba de la determinación del antígeno prostático específico (PSA) en pacientes de 70 años o más asintomáticos (el 42,0% de los médicos de familia que contestaron a la encuesta manifestaron realizar esta intervención siempre o casi siempre; en el 10,1% se indicaba además sin valoración previa de los antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata), la solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial de la sospecha de enfermedad tiroidea (24,5%), la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis (16,5%; el 36,2% manifestaba además no disponer del test del estreptococo A, y de los que lo tenían, el 41,7% no lo realizaba nunca o casi nunca en las faringoamigdalitis agudas), la realización de pruebas de imagen en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma de menos de seis semanas de evolución (6,9%) y de densitometría en mujeres posmenopáusicas sin valoración previa de factores de riesgo (5,9%).

Las dos intervenciones valoradas en pediatría tenían porcentajes de incumplimiento superiores al 5% (tabla 2): la solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial de la sospecha de enfermedad tiroidea (17,8%), y la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis (13,3%; el 2,2% manifestaba no disponer del test del estreptococo A y de los que

lo tenían el 4,5% no lo realizaba nunca o casi nunca en las faringoamigdalitis agudas). En ambas intervenciones los porcentajes de incumplimiento en pediatría eran inferiores a los obtenidos para medicina de familia.

Cuatro de las seis intervenciones valoradas en enfermería presentaban porcentajes de incumplimiento del 5% o más (tabla 3): la recomendación de realización de masajes sobre prominencias ósea para prevenir úlceras por presión (26,3%), el uso de apósitos de plata para prevenir la infección en heridas (17,5%), la recomendación del uso de flotadores para la prevención de úlceras por presión (11,3%) y la indicación de uso de tiras reactivas y/o glucómetros en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento exclusivo con metformina (5,6%).

Se realizaron un total de 46 sugerencias/observaciones en la pregunta abierta de la encuesta. Estas estaban relacionadas, en su mayor parte, con las barreras existentes para desimplementar estas intervenciones (24, 52,2%), seguido por aspectos no relacionados con el estudio (14, 30,4%), aclaraciones a las respuestas dadas en la encuesta (5, 10,9%) y dudas en el enunciado de algunas preguntas (3, 6,5%). Entre las barreras destacaban en primer lugar los problemas relacionados con los profesionales y/o la organización en general, debidos sobre todo a la falta de tiempo en la consulta y la falta de formación (tabla 4).

Discusión

Hallazgos principales

Los resultados obtenidos en este trabajo permiten afirmar la existencia de un amplio margen para la mejora en relación con la frecuencia con la que los profesionales de AP manifiestan realizar algunas de estas intervenciones. Entre las barreras señaladas para reducir el uso de estas prácticas destacan las relacionadas con los profesionales y/o la organización en general.

Se estima que hasta el 30% de todas las intervenciones sanitarias son innecesarias¹⁴. La reducción de este tipo de intervenciones mejora la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario^{9,11}, pero tanto para diseñar el plan de intervención como para valorar la efectividad de las medidas correctoras, se necesita disponer de datos acerca de la prevalencia con que se realizan las mismas^{10,15}.

Dada la dificultad de evaluar algunas de las recomendaciones con los datos registrados en la historia clínica, la recogida de la percepción de los profesionales sobre la frecuencia con que se realizan, a través de la encuesta, se convierte en una importante fuente de información alternativa.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Las intervenciones valoradas pertenecen al proyecto sobre recomendaciones de no hacer del Ministerio de Sanidad, y han sido priorizadas para intervención dentro del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023^{2,3,7}. Tienen además validez, dado que han sido elaboradas por las sociedades científicas a partir de la mejor evidencia científica disponible^{2,3}. La elaboración de las fichas de los indicadores incrementa su fiabilidad dado que en las mismas

Tabla 2 Porcentaje de incumplimiento de las intervenciones valoradas. Medicina de familia y pediatría de atención primaria

Intervenciones valoradas	% Incumplimiento medicina de familia	% Incumplimiento pediatría de atención primaria
¿Con qué frecuencia solicita la determinación de PSA en hombres de 70 años o más, como cribado para la detección del cáncer de próstata?	42,0	
¿Les valora, antes de pedir la PSA, la existencia de antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata?	10,1	
En un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea ¿solicita únicamente TSH para la valoración inicial?	24,5	17,8
¿Con qué frecuencia prescribe antibióticos en las faringoamigdalitis?	16,5	13,3
¿Dispone del test del estreptococo A en su centro de salud o consultorio?	36,2	2,2
En caso de disponer del test del estreptococo, ¿con qué frecuencia realiza o indica la realización del mismo en las faringoamigdalitis agudas?	41,7	4,5
Ante un cuadro agudo de lumbalgia inespecífica, de menos de 6 semanas de evolución, sin signos de alarma ¿con qué frecuencia indica la realización de pruebas de imagen (radiografía, RMN, TAC)?	6,9	
¿Con qué frecuencia realiza, en mujeres posmenopáusicas, una valoración de factores de riesgo de fractura osteoporótica antes de solicitar una densitometría?	5,9	
¿Con qué frecuencia prescribe broncodilatadores de vida media o larga con corticoide asociado, en el asma bronquial?	3,2	
A los pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento exclusivo con metformina, ¿con qué frecuencia les prescribe o indica el uso de tiras reactivas y/o glucómetros?	2,7	
En mujeres posmenopáusicas asintomáticas ¿con qué frecuencia utiliza la terapia hormonal para la prevención de la enfermedad vascular?	2,1	
¿Con qué periodicidad solicita la realización de HbA1C a los pacientes diabéticos que mantienen un buen control clínico y metabólico?	1,6	

HbA1C: hemoglobina glucosilada; PSA: antígeno prostático específico; RMN: resonancia magnética nuclear; TAC: tomografía axial computarizada; TSH: hormona estimulante de tiroides.

Tabla 3 Porcentaje de incumplimiento de las intervenciones valoradas. Enfermería de atención primaria

Intervenciones valoradas	% Incumplimiento enfermería de atención primaria
¿Realiza o indica la realización de masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión?	26,3
¿Con qué frecuencia utiliza los apósitos de plata para la prevención de la infección en heridas?	17,5
¿Cuándo considera apropiada la recomendación de uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión?	11,3
A los pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento exclusivo con metformina, ¿con qué frecuencia les prescribe o indica el uso de tiras reactivas y/o glucómetros?	5,6
¿Con qué frecuencia utiliza o indica la utilización de la povidona yodada para limpiar las heridas crónicas?	3,1
Y en niños menores de dos años ¿con qué frecuencia utiliza o recomienda el uso de povidona yodada para la cura de heridas?	1,3

se incluye tanto la fórmula del indicador como las excepciones y aclaraciones para su aplicación^{12,16}.

Una de las posibles limitaciones de este trabajo es la baja tasa de respuesta obtenida (17,3%), explicable en parte por el momento de gran conflictividad laboral existente en este nivel asistencial en el momento de la realización del mismo, por la elevada presión asistencial. De todos modos,

el tamaño muestral obtenido supera, en todos los grupos profesionales encuestados, el número mínimo de 30 casos necesario para el análisis de criterios de calidad¹⁷.

Las recomendaciones se seleccionaron con base en su mayor relevancia y magnitud hipotética del problema, al considerar que estos eran los aspectos que más podían influir en la mejora de la seguridad del paciente y eficiencia. No

Tabla 4 Barreras para la desimplementación de las intervenciones de bajo valor en atención primaria

Tipo de barrera	Número	Porcentaje
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES Y/O LA ORGANIZACIÓN EN GENERAL	20	83,3
Falta de tiempo en la consulta	11	
Falta de formación	3	
Percepción subjetiva de falta de confianza por parte del paciente	1	
Dificultad de acceso al test del estreptococo A	1	
Falta de recordatorios en la historia clínica	1	
Poca disposición de algunos profesionales	1	
Falta de espacio en la consulta	1	
Malas condiciones del trabajo en general	1	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES	4	16,7
Pacientes con características especiales	2	
Presión para la indicación de la intervención	1	
No acuden a citas	1	
TOTAL	24	

se pudieron utilizar adicionalmente otros criterios, como el grado de evidencia y la fuerza la recomendación, dado que el Ministerio de Sanidad no incluye esta información en su proyecto^{2,3}. El uso de criterios distintos a los aplicados podría haber modificado el número y tipo de las recomendaciones seleccionadas.

Se aplicó un umbral de decisión del 5% porque es el que había sido utilizado en un trabajo previo¹¹, pero no hemos encontrado argumentos que apoyen la bondad de este ajuste. Es posible además que sea necesario aplicar diferentes valores para cada recomendación.

Para la correcta identificación de las barreras relacionadas con los pacientes hubiera sido necesario realizar otro tipo de estudios enfocados específicamente a obtener información directa a partir de los mismos.

Los resultados obtenidos se refieren exclusivamente a las intervenciones incluidas en este trabajo. Esto no descarta que haya otras no seleccionadas que puedan tener un mayor margen de mejora.

Interpretación de los resultados en el contexto de otros estudios

En este trabajo la intervención con el mayor nivel de incumplimiento fue la solicitud de PSA para el cribado de cáncer de próstata en hombres de 70 años o más. Algunos autores señalan que la desprescripción de medicamentos puede resultar más fácil que la reducción de pruebas de cribado de bajo valor¹⁴.

Si bien existen estudios que miden el porcentaje de adhesión a las recomendaciones de no hacer en AP, a partir de la revisión de los datos registrados en la historia clínica^{1,11,18}, tan solo se ha encontrado un trabajo que haya investigado este aspecto mediante la realización de encuestas a los diferentes tipos de profesionales que trabajan en este nivel asistencial, utilizando la técnica de Delphi, pero tanto las recomendaciones valoradas como las medidas de resultado obtenidas difieren de las utilizadas en este estudio¹⁹. En el trabajo citado se obtuvo, al igual que en el nuestro, un valor medio de frecuencia alto para la solicitud de PSA en cribado de cáncer de próstata y el uso de tiras reac-

tivas y/o glucómetros en pacientes diabéticos que toman agentes hipoglucémicos, y bajo en la utilización de terapia hormonal para prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.

Implicaciones para la práctica clínica y la investigación

El conocimiento de las recomendaciones basadas en evidencia es un prerrequisito necesario para que los proveedores reduzcan el uso de intervenciones de bajo valor, pero el conocimiento por sí solo rara vez es suficiente para producir cambios importantes en los patrones de práctica clínica^{10,11,20,21}. Los sistemas de información han de aportar los datos necesarios para orientar el diseño de los planes de intervención y valorar el grado de efectividad de las medidas correctoras puestas en marcha⁹.

El diseño de los planes de intervención debe tener en cuenta además las barreras específicas que pueden dificultar la reducción de intervenciones innecesarias, tanto a nivel de los proveedores, como de los pacientes y organización en general. Las barreras más frecuentemente señaladas para reducir el uso excesivo incluyen la falta de tiempo para compartir la toma de decisiones, la solicitud de servicios por los pacientes, el uso de una práctica clínica no basada en la evidencia y el número de pruebas recomendadas por especialistas²⁰. Las dos primeras barreras han sido también señaladas por los profesionales que han contestado a las encuestas de nuestro estudio. A las barreras anteriores es necesario añadir la sobreestimación de los beneficios e infraestimación de los riesgos de las intervenciones, la inercia terapéutica (reticencia a cambiar si a un paciente le va bien), la deferencia a las preferencias percibidas de los pacientes (deseo de mantenerlos contentos para evitar litigios o penalización en las encuestas de satisfacción), y el que la realización de algunas intervenciones en centros privados puede suponer una fuente adicional de ingresos^{22,23}.

A pesar del creciente interés por la desinversión en prácticas de bajo valor a nivel internacional, el enfoque óptimo para reducirlas en AP sigue siendo desconocido¹⁴. Dado que los impulsores del uso excesivo son muchos y complejos, una

sola solución no será efectiva para reducir los tratamientos y pruebas innecesarios⁸.

Reducir el número de intervenciones innecesarias requiere realizar un cambio cultural basado en la idea de que «no siempre más es mejor». Se debe seguir un proceso planificado que tenga en cuenta a todos los agentes implicados (políticos, gestores, profesionales, pacientes, agentes sociales y medios de comunicación). La selección de las intervenciones a revertir debe contar con el consenso de los profesionales y hay que tener en cuenta las barreras que dificultan la desimplementación, tanto a nivel micro como macro^{8,9}.

El papel de los profesionales de AP es especialmente relevante para revertir estas prácticas, por su carácter coordinador, y porque es este el nivel asistencial donde se gestionan la mayor parte de las demandas de atención. Para poder hacerlo necesitan disponer de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y ajustadas a la situación real, herramientas que faciliten la adherencia a las recomendaciones, formación para mejorar sus habilidades sobre interpretación de los datos y las estrategias de comunicación de los riesgos, de condiciones laborales adecuadas para favorecer la continuidad asistencial, y de tiempo de atención suficiente para poder realizar una toma de decisiones compartidas^{8,9,21,22,24}.

Los pacientes tienen también un papel importante en la reducción de las intervenciones innecesarias. Confían en sus profesionales de referencia y están dispuestos a cambiar si reciben la información precisa sobre los riesgos y beneficios de las distintas opciones terapéuticas. Para facilitar este proceso es importante que los profesionales sanitarios conozcan previamente sus creencias y expectativas. Existen varios métodos para involucrar a los pacientes en las decisiones sobre la reducción de intervenciones innecesarias, siendo la más obvia la comunicación directa durante la visita. Sin embargo, no todos los profesionales son expertos en comunicación centrada en el paciente y otros expresan su preocupación de que esta lleva tiempo, algo que es escaso en el contexto clínico actual. La entrega de información escrita o en línea en las salas de espera de los centros es otra forma de acelerar la reducción de estas prácticas^{9,14}.

El diseño de los planes de intervención debe tener en cuenta también dos aspectos importantes: que la mayor parte de intervenciones innecesarias realizadas en AP se acumulan en menos del 30% de los proveedores, y que las medidas de intervención deben adaptarse no solo a las barreras generales ya comentadas, sino también a las barreras específicas de cada una de las recomendaciones^{1,20,22}.

Dado que algunas de las recomendaciones son medibles a partir de los datos contenidos en la historia clínica^{1,11,18}, una futura línea de investigación sería la comparación de los porcentajes de incumplimiento obtenidos a partir de encuesta a los profesionales con los que se obtengan a partir de los datos registrados en la historia.

Conclusiones

Para disminuir el número de intervenciones innecesarias se requiere conocer tanto la prevalencia de uso como las barreras que dificultan su reducción. Dado que algunas de las recomendaciones no son valorables a partir de los datos contenidos en la historia clínica, la recogida de la percepción

de los profesionales a través de encuesta se convierte en una importante fuente de información alternativa. Los resultados obtenidos en este trabajo han permitido identificar cuáles de las intervenciones incluidas en este estudio presentan el mayor margen de mejora, así como las principales barreras que dificultan su desimplementación. Estos datos son también relevantes en los casos en que las recomendaciones puedan ser valoradas a partir de los datos registrados, dado que tener en cuenta la percepción de los profesionales puede condicionar su mayor o menor adhesión al plan de intervención.

Autoría/colaboraciones

Concepción y diseño del trabajo: todos los autores.

Adquisición de datos: J.E. Calle Urra y A. Más Castillo.

Análisis e interpretación de datos: J.E. Calle Urra, A. Jimeno Almazán y A. Más Castillo.

Escritura del artículo: J.E. Calle Urra.

Revisión crítica: todos los autores.

Aprobación de la versión final: todos los autores.

Responsabilidad y garantía: todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores para poder publicitarlos con la máxima exactitud e integridad. Todos los autores aprueban el artículo definitivo.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los profesionales de los equipos de AP y servicios centrales del SMS que han contribuido a la realización de este estudio respondiendo a los cuestionarios de forma desinteresada.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.11.002>.

Bibliografía

1. Singer A, Kosowan L, Katz A, Jolin-Dahel K, Appel K, Lix LM. Prescribing and testing by primary care providers to assess adherence to the Choosing Wisely Canada recommendations: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2018;6(4):E603–10, <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20180053>.
2. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Calidad Asistencial - Excelencia clínica. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. [Internet] www.sanidad.gob. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible

- en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/home.htm>.
3. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guíasalud. Recomendaciones de no hacer. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://portal.guíasalud.es/no-hacer/>.
 4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 'Do not do' recommendations. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection>.
 5. Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.choosingwisely.org>.
 6. Choosing Wisely Canada. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/recommendations/>.
 7. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan.de.Accion.de_Atencion.Primaria.pdf.
 8. Wintemute K, Wilson L, Levinson W. Choosing Wisely in primary care. Moving from recommendations to implementation. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):336–8.
 9. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado «hacer los que hay que hacer» y «dejar de hacer lo que no hay que hacer»? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria*. 2018;55:1–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630>.
 10. Moreno Lopez AB, López-Picazo Ferrer JJ, Blázquez Alvarez MJ, et al. Diseño de un conjunto de indicadores sobre recomendaciones de «No Hacer». *J Healthc Qual Res*. 2020;35:217–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.11.005>.
 11. Lopez-Picazo JJ, Moreno AB, Vidal-Abarca I, López-Ibáñez M. Improving low-value clinical practices in Murcia: a healthcare management area in Spain. *Int J Qual Health Care*. 2023;35(2), <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzad035>, mzad035.
 12. Servicio Murciano de Salud. Fichas recomendaciones no hacer para proyecto de atención primaria. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/197507/5412290/FICHAS+RNH+PROYECTO+DE+ATENCION+C3%93N+PRIMARIA.pdf/21fda10e-fcab-ca14-bbb3-eae4ffceb983?t=1708434953288>.
 13. Servicio Murciano de Salud. Encuesta sobre la utilización de procedimientos/intervenciones en atención primaria del Servicio Murciano de Salud. [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/197507/5412290/ENCUESTA+PARA+EVALUACION+REC+NO+HACER+APS.pdf/b1946217-2642-99da-b8d2-8d5490e17851?t=1727424068225>.
 14. Silverstein W, Lass E, Born K, Morinville A, Levinson W, Tannenbaum C. A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada. *BMC Res Notes*. 2016;9(301):1–8, <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-016-2103-6>.
 15. Saturno-Hernández PJ. Diseño de intervenciones para mejorar. En: *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. p. 171–7 [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506.Metodos.Herramientas.SS.pdf>
 16. Saturno-Hernández PJ. La construcción de criterios para valorar la calidad. En: *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. p. 85–99 [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506.Metodos.Herramientas.SS.pdf>
 17. Saturno-Hernández PJ. Diseño de estudios de nivel de calidad y la investigación de causas. Componentes de una evaluación. En: *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. p. 101–22 [consultado 15 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/160506.Metodos.Herramientas.SS.pdf>
 18. Kost A, Genao I, Lee JW, Smith SR. Clinical decisions made in primary care clinics before and after choosing wisely. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):471–4, <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2015.05.140332>.
 19. Mira JJ, Caro Mendivelso J, Carrillo J, González de Dios J, Olivera G, Pérez-Pérez G, et al. Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to 'do not do' recommendations in primary care in Spain: A Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(7):519–26, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy203>.
 20. Zikmund-Fisher BJ, Kullgren JT, Fagerlin A, Klammer ML, Bernstein SJ, Kerr EA. Perceived barriers to implementing individual choosing wisely recommendations in two national surveys of primary care providers. *J Gen Intern Med*. 2017;32(2):210–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3853-5>.
 21. Palacio Lapuente J. No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica. *Aten Primaria*. 2023;55(7):102646, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102646>.
 22. Rowe TA, Brown T, Doctor JN, Linder JA, Persell SD. Examining primary care physician rationale for not following geriatric choosing wisely recommendations. *BMJ Fam Pract*. 2021;22(95):1–6, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01440-w>.
 23. Rich EC. Barriers to choosing wisely in primary care: it's not just about «the money». *J Gen Intern Med*. 2016;32(2):140–2, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3916-7>.
 24. Ortiz MM, Llamas P, Sanmartín M, Egido JA, del Toro J, Egocheaga MI, et al. Sobreutilización innecesaria. Estudio de los «no hacer» en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Clin Esp*. 2017;217(4):181–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.014>.