

COMO DEJAR DE HACER INTERVENCIONES INNECESARIAS EN LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS



TXEMA COLL BENEJAM

ESPECIALISTA MFIC

Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient

GRUPO SEGURIDAD PACIENTE SEMFYC

IV JORNADES DE L' ESTRATÈGIA DE MALALTIES NEURODEGENERATIVES
DE LES ILLES BALEARS. 15 diciembre de 2023



PRÁCTICA DE BAJO VALOR

CONCEPTO POCO CLARO

2

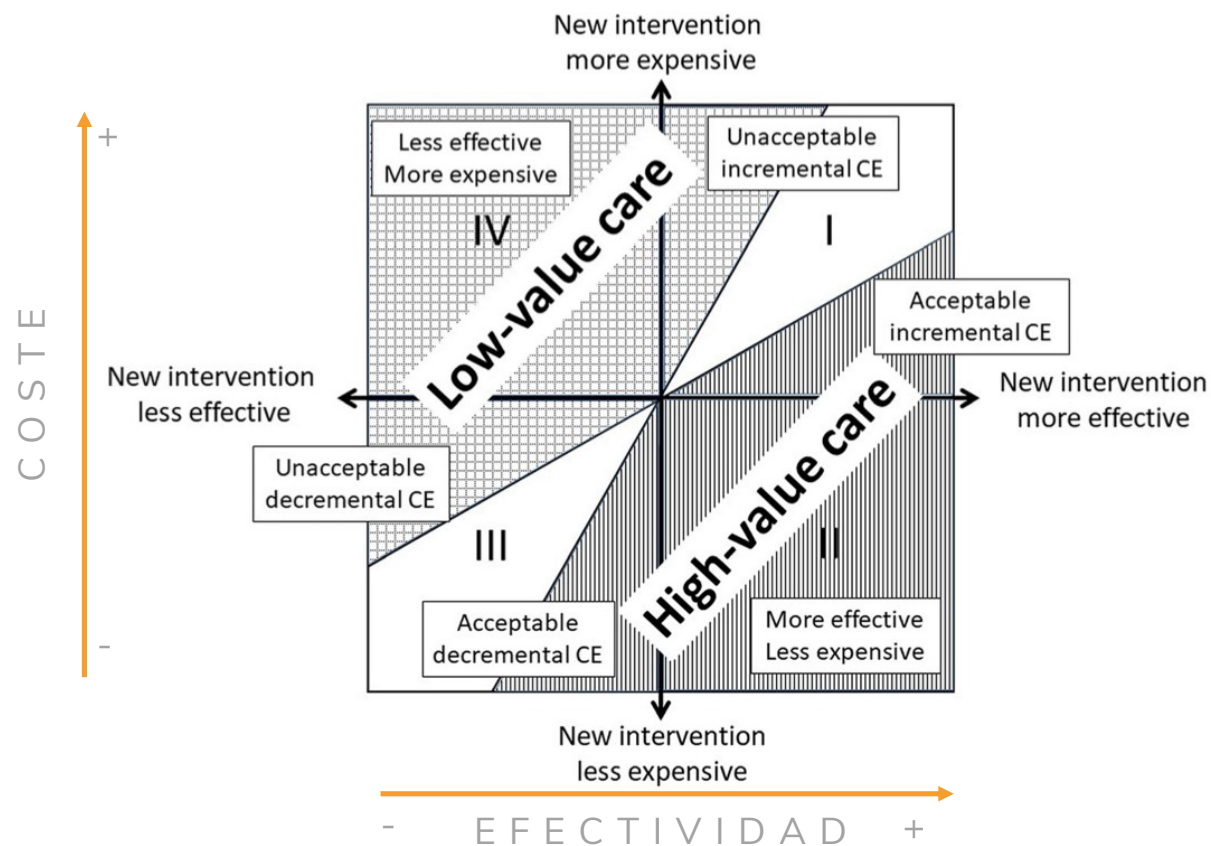
CONCEPTO DE RIGHT CARE

- “Atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados , que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su manera de ver las cosas y que además se sustenta en la mejor evidencia posible y en los estudios de coste-efectividad”.
Sabinet Kleinet y Richard Horton, 2017
- Las evaluaciones económicas (estudios de coste-efectividad) deben estar incluidos en las intervenciones sanitarias.



PRÁCTICA DE BAJO VALOR

CONCEPTO POCO CLARO



Sacristán JA. How to assess the value of low-value care. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):1-6.

PRÁCTICA DE BAJO VALOR

CONCEPTO POCO CLARO

4



Kim DD, Do LA, Daly AT, Wong JB, Chambers JD, Ollendorf DA, et al. An Evidence Review of Low-Value Care Recommendations: Inconsistency and Lack of Economic Evidence Considered. J Gen Intern Med. 2021;36(11):3448–55.

PRÁCTICA DE BAJO VALOR

CONCEPTO POCO CLARO

5

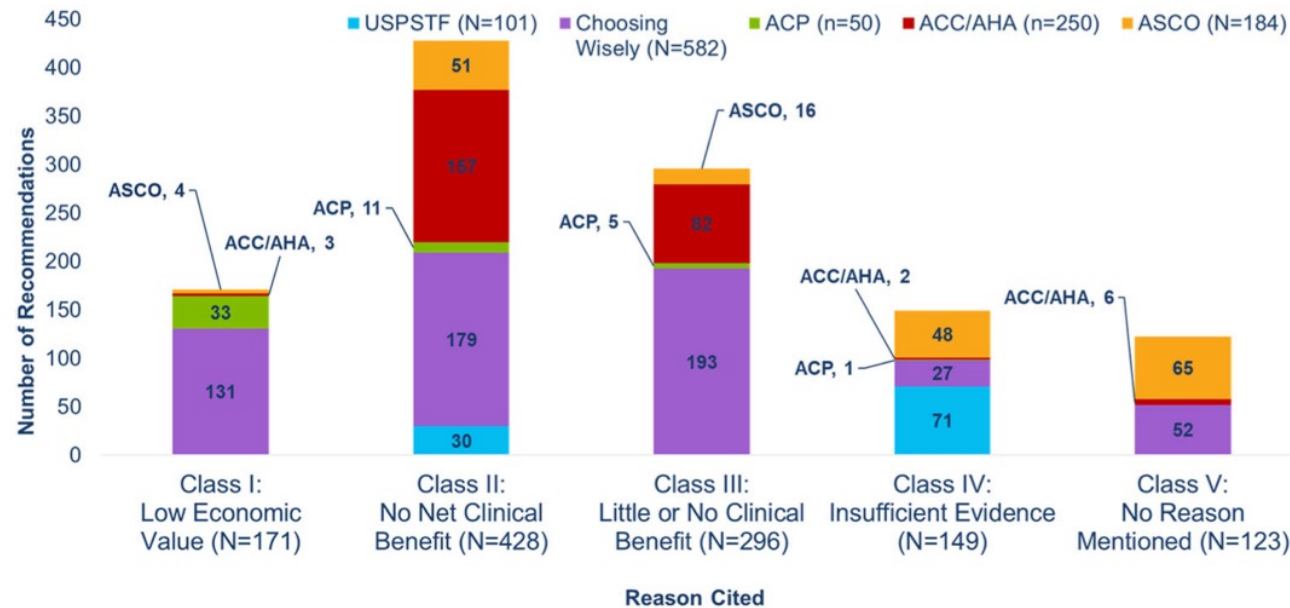


Figure 2 Evidentiary rationale of low-value care recommendations across five guidelines. Note: Authors' analysis of guideline recommendations from five organizations: US Preventive Services Task Force (USPSTF), Choosing Wisely (CW), American College of Physicians (ACP), American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), and American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Kim DD, Do LA, Daly AT, Wong JB, Chambers JD, Ollendorf DA, et al. An Evidence Review of Low-Value Care Recommendations: Inconsistency and Lack of Economic Evidence Considered. J Gen Intern Med. 2021;36(11):3448–55.

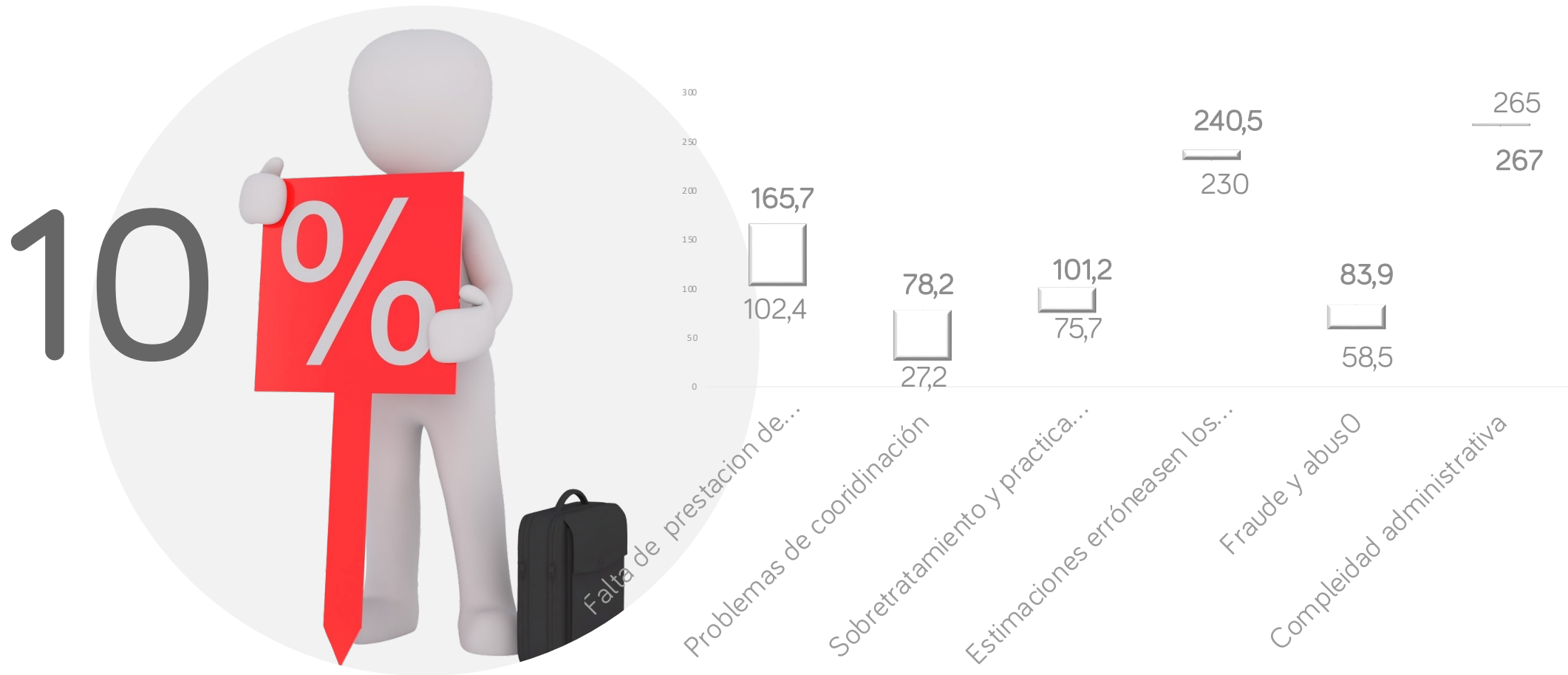
PRÁCTICA DE BAJO VALOR

CONCEPTO POCO CLARO

6



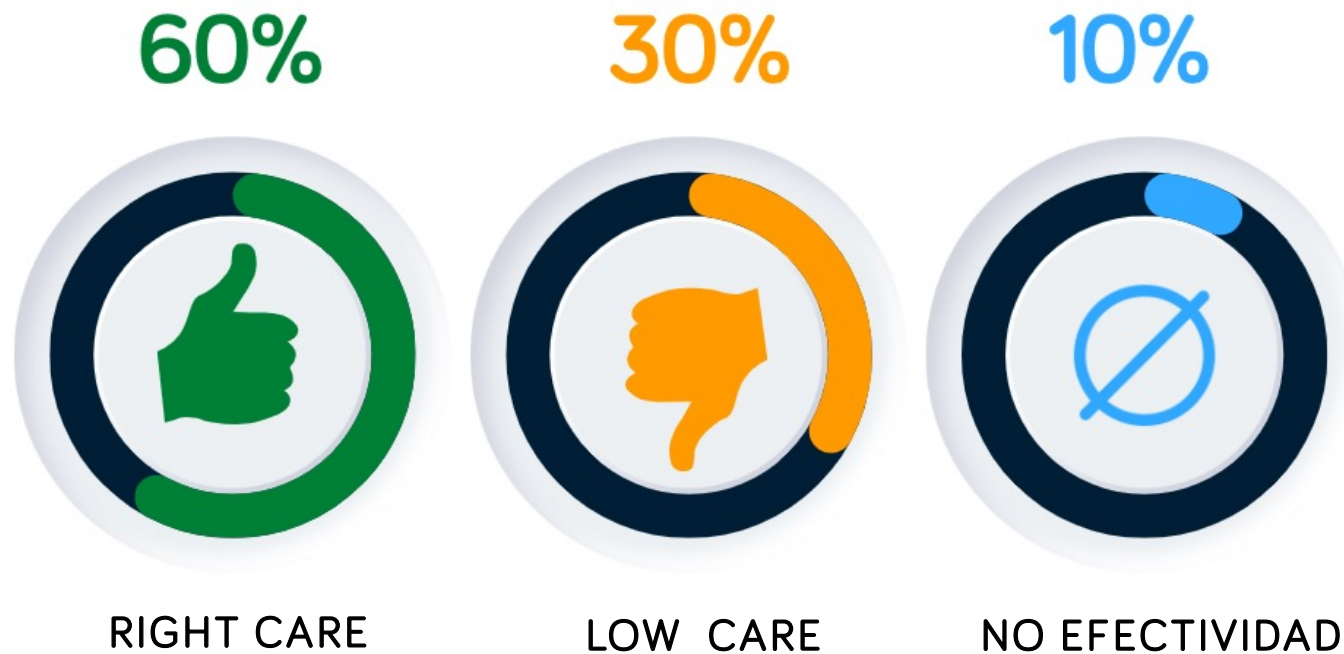
IMPACTO DE LAS PRACTICAS DE BAJO VALOR



Shrank, W. H., Rogstad, T. L., & Parekh, N. (2019). Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *Jama*, 322(15), 1501-1509

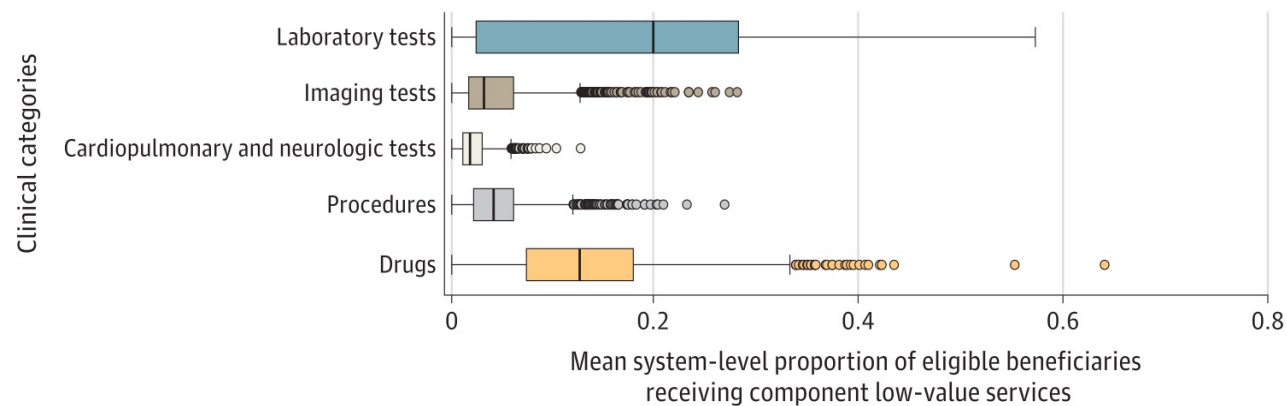
IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE BAJO VALOR

A group of some distant city has power to raise and purify our thoughts like a strain of sacred music.



IMPACTO DE LAS PRACTICAS DE BAJO VALOR

Figure 1. Distribution of Health System–Attributed Beneficiaries' Use of Low-Value Services by Clinical Category



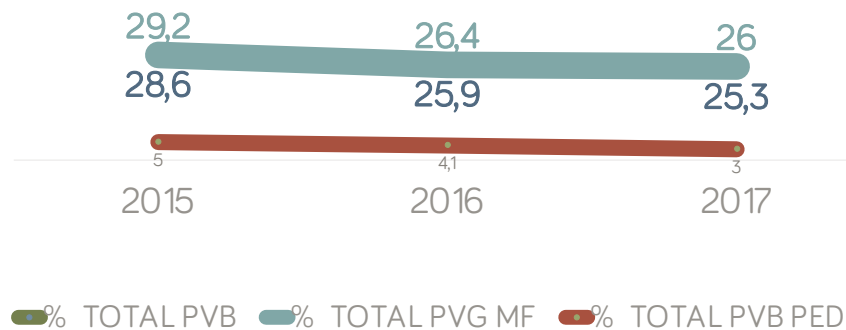
El uso de cada una de las 41 PBV es variable entre los servicios (el 0% y el 28%)

Cada médico de atención primaria adicional por cada 1000 residentes se asoció con una disminución sustancial de 20 pruebas de bajo valor.

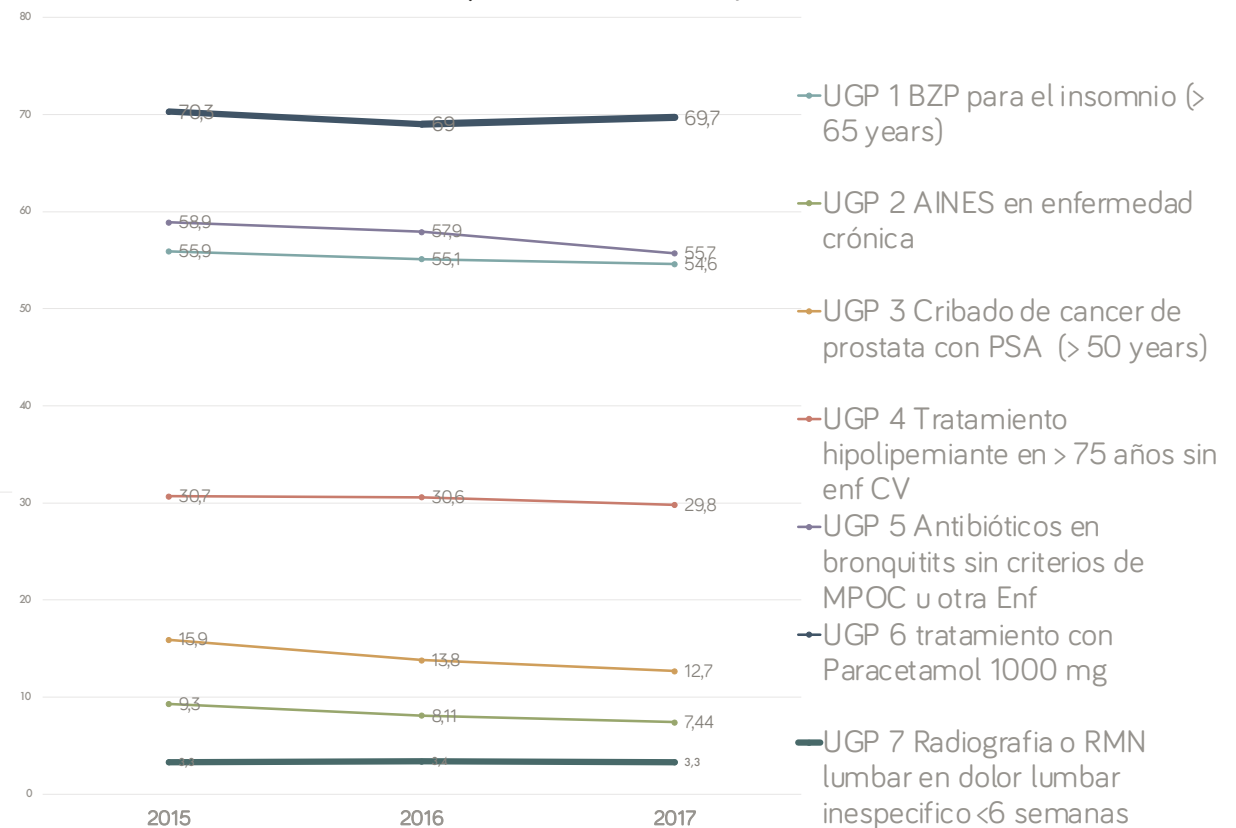
IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE BAJO VALOR

25%

Evolución de las PVB (%) de 2015 a 2017



Evolución de las prácticas de bajo valor 2015 2017

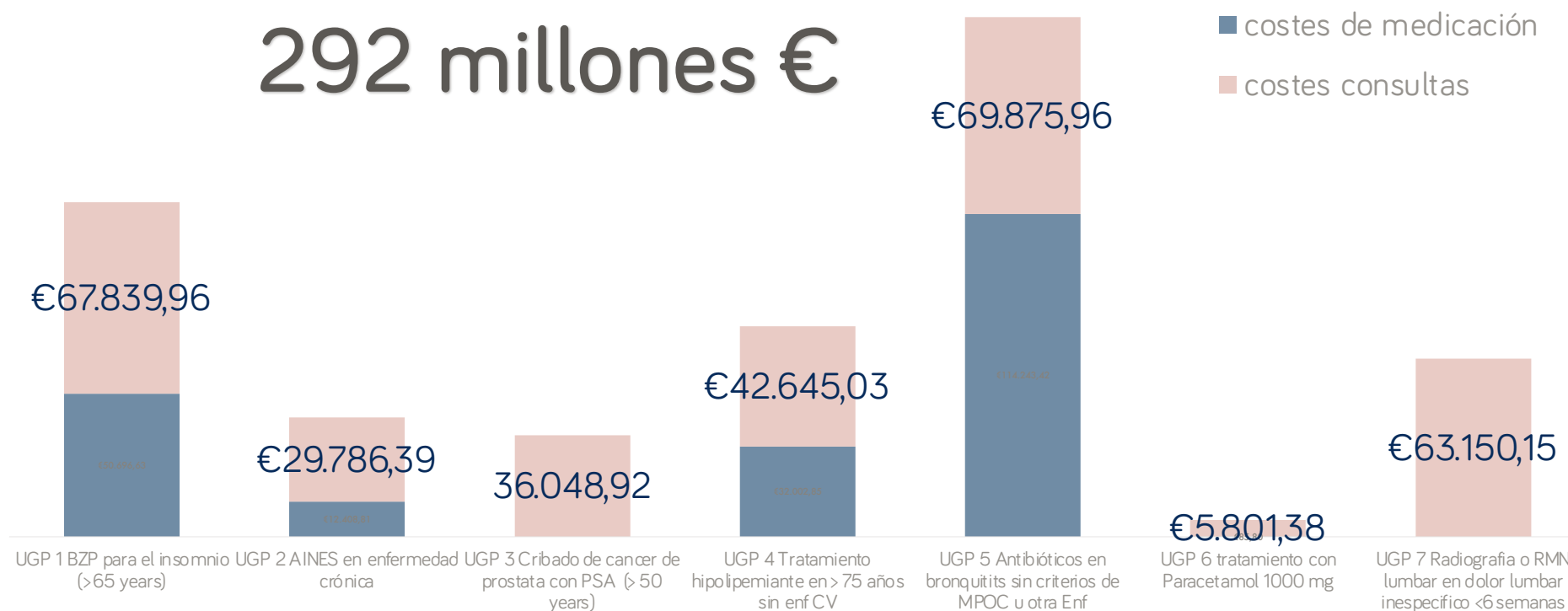


Cheikh-Moussa K, Caro Mendivelso J, Carrillo I, Astier-Peña MP, Olivera G, Silvestre C, et al. Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2022;0(0)

IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE BAJO VALOR

Costes estimados de las prácticas de bajo valor

292 millones €



Cheikh-Moussa K, Caro Mendivelso J, Carrillo I, Astier-Peña MP, Olivera G, Silvestre C, et al. Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2022;0(0)

INICIATIVAS QUE IDENTIFICAN “PRACTICAS DE BAJO VALOR”

Àmbit estatal

Diana Salud



Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España

Recomendaciones "No hacer"



Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.



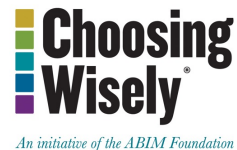
Àmbit internacional

Do not do



National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Choosing Wisely



An initiative of the ABIM Foundation

Choosing Wisely Canada



Canadian Medical Association and University of Toronto.

Choosing Wisely Australia



An initiative of NPS MedicineWise.

Low Institute



Slow Medicine



Informed Health Choices



INICIATIVAS QUE IDENTIFICAN “PRACTICAS DE BAJO VALOR”



An initiative of the ABIM Foundation

INICIATIVAS QUE IDENTIFICAN “PRACTICAS DE BAJO VALOR”



An initiative of the ABIM Foundation



LEARNING NETWORK NEWS CONTACT US

Our Mission

Clinician Lists

For Patients

Getting Started

Success Stories



Getting Started
baja de la espalda

Lists of Recommendations

Search Patient Resources

Adult , Geriatric

Pruebas radiológicas debido a dolor en la parte

Pruebas radiológicas debido a dolor en la parte baja de la espalda

Usted probablemente no necesite una radiografía, tomografía computarizada (TC) (CT scan) o imagen por resonancia magnética (IRM) (MRI)

Las radiografías, TC e IRM se conocen como pruebas radiológicas porque toman fotografías o imágenes, del interior del cuerpo. Es posible que usted piense que necesita una de estas pruebas para averiguar qué está causando su dolor de espalda. Pero, por lo general, estas pruebas no ayudan por las siguientes razones:

Las pruebas no le ayudan a sentirse mejor más rápido.



Available in English

Imaging Tests for Lower-Back Back Pain (AAFP)



American Academy of Family Physicians



Fifteen Things Physicians and Patients Should Question

- Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present.**
Red flags include, but are not limited to, severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected. Imaging of the lower spine before six weeks does not improve outcomes, but does increase costs. Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits.
- Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.**
Symptoms must include discolored nasal secretions and facial or dental tenderness when touched. Most sinusitis in the ambulatory setting is due to a viral infection that will resolve on its own. Despite consistent recommendations to the contrary, antibiotics are prescribed in more than 80 percent of outpatient visits for acute sinusitis. Sinusitis accounts for 16 million office visits and \$5.8 billion in annual health care costs.
- Don't use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70 with no risk factors.**
DEXA is not cost effective in younger, low-risk patients, but is cost effective in older patients.
- Don't order annual electrocardiograms (EKGs) or any other cardiac screening for low-risk patients without symptoms.**
There is little evidence that detection of coronary artery stenosis in asymptomatic patients at low risk for coronary heart disease improves health outcomes. False-positive tests are likely to lead to harm through unnecessary invasive procedures, over-treatment and misdiagnosis. Potential harms of this routine annual screening exceed the potential benefit.
- Don't perform Pap smears on women younger than 21 or who have had a hysterectomy for non-cancer disease.**
Most observed abnormalities in adolescents regress spontaneously, therefore Pap smears for this age group can lead to unnecessary anxiety, additional testing and cost. Pap smears are not helpful in women after hysterectomy (for non-cancer disease) and there is little evidence for improved outcomes.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physician.

Released April 4, 2012 (Items 1 – 5); February 21, 2013 (Items 6 – 10) and September 24, 2013 (11 – 15)



[Home](#) > NICE guidance

NICE guidance

Evidence-based recommendations for the health and social care sector, developed by independent committees, including professionals and lay members, and consulted on by stakeholders.

[Browse guidance](#)



<https://www.nice.org.uk/guidance>



CG115 Alcohol dependence and harmful alcohol use

Do not use blood tests routinely for the identification and diagnosis of alcohol use disorders.

Do not offer clomethiazole for community-based assisted withdrawal because of the risk of overdose and misuse.

Do not use antidepressants (including selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) routinely for the treatment of alcohol misuse alone.

Do not use gammahydroxybutyrate (GHB) for the treatment of alcohol misuse.

Benzodiazepines should not be used as ongoing treatment for alcohol dependence.

https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf

JAMA NetworkTM

Less is More[®]

Less is More

Explore this JAMA Internal Medicine series documenting the ways that overuse of medical care fails to improve outcomes, harms patients, and wastes resources.

⊕ Add to My Interests

<https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>

INICIATIVES QUE IDENTIFICAL “PRACTICAS DE BAJO VALOR”



 [Contacte](#) | [CA](#) | 

Essencial

[Inici](#) | [Què és Essencial](#) | [Recomanacions](#) | [Implementació](#) | [Pacients](#) | [Participeu-hi](#) | [Actualitat](#)

essencialsalut.gencat.cat 

El més consultat

- [Recomanacions](#)
- [Essencial als centres](#)
- [Informació per a pacients](#)

Noves recomanacions



Cistitis aguda no complicada i elecció d'antibiòtics



Benzodiazepines i fàrmacs Z per a l'insomni



Dosi d'opioides en dolor crònic no oncològic



Epidural i oxitocina en gestants de part



Faringoamigdal·litis aguda i antibiòtics en persones adultes

Destaquem

¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor

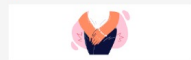
No s'ha d'administrar rutinàriament oxitocina a gestants amb epidural 

Essencial

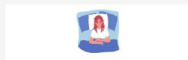
[Inici](#)[Què és Essencial](#)[Recomanacions](#)[Implementació](#)[Pacients](#)[Multimèdia](#)[Participeu-hi](#)[Actualitat](#)

Darreres recomanacions per a pacients [PDF]

Soc una dona adulta i tinc cistitis.
Quin antibiòtic puc prendre?



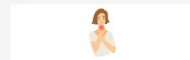
Els medicaments per a l'insomni



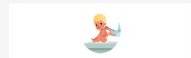
Metamizol per tractar la febre i el dolor



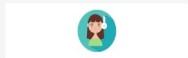
Quin antibiòtic prendre per a la faringitis en persones adultes



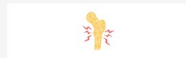
Els broncodilatadors i les bronquiolitis en nens i nenes menors de 2 anys



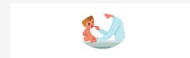
Medicaments per a la febre en infants



L'osteoporosi i els bifosfonats



Els antibiòtics i la faringitis en infants



TOTES LES RECOMANACIONS PER A PACIENTS

Decidir sobre proves diagnòstiques i tractament

La informació és clau



Mira a YouTube



Búsqueda de Recomendaciones

Iniciativa	
Comisión MAPAC/MPC	
Especialidad	Neurología, Neurocirugía, Neurofisiología
Tipo de intervención	
Año Publicación	-
Tipo de recomendación	
Término de búsqueda	Español Inglés

Problema de salud, palabra clave, ...

Buscar

Reiniciar

Resultados de Recomendaciones

Registros : 489

[Exportar a Excel](#)

Se recomienda estimulación intramuscular del diafragma para la insuficiencia respiratoria crónica dependiente de ventilador por lesiones medulares altas

NICE

NICE

Las lesiones medulares altas pueden dañar los nervios que controlan la respiración y causar insuficiencia respiratoria crónica. Los cuidados estándar para tratar la insuficiencia respiratoria crónica en personas con lesiones medulares altas incluyen formas no invasivas de soporte ventilatorio (como la presión positiva binivel en las vías respiratorias). En fases avanzadas de la insuficiencia respiratoria, la ventilación mecánica se realiza a través de una traqueostomía permanente. La ...

[ver más ...](#)

2023

Se recomienda Onasemnogene abeparvovec como tratamiento para la atrofia muscular espinal 5q presintomática con mutación bialélica en el gen de supervivencia de las neuronas motoras 1 y hasta 3 ...

NICE

NICE

<https://dianasalud.com/index.php/>

JORNADA
Iniciativa
NO HACER

3 octubre de 2023
~~14 junio 2023~~



10,30 – 14,00 horas
Salón de actos Ernest Lluch
Ministerio de Sanidad
(Pº del Prado, 18-20. Madrid)

JORNADA
Iniciativa
NO HACER

OBJETIVO:

El objetivo de esta Jornada es presentar la Iniciativa No Hacer, que continúa la labor iniciada en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, impulsado por el Ministerio de Sanidad y por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), con el apoyo de GuíaSalud.

Durante la misma se debatirá sobre los aspectos que influyen a la hora de revertir prácticas de bajo valor con el fin de proporcionar una mejor atención a los pacientes.

A QUIÉN SE DIRIGE:

Miembros de sociedades y asociaciones científicas, Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y participantes en la iniciativa.




PROGRAMA

10:30 h. Acreditación

11:00 h. Inauguración

Pilar Aparicio Azcárraga, Directora General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad.

Javier García Alegría, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME).

Sandra García Armesto, Directora Gerente, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

11:15 h. Mesa de debate

“Reflexiones acerca de las oportunidades, dificultades y retos en la identificación e implementación de recomendaciones de No Hacer relevantes para el SNS”.

Moderador: Rafael Rotaecbe del Campo, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cs Alza OSI Donostia Osakidetza Miembro del Comité Científico de GuíaSalud.

Pilar Román Sánchez, Expresidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Carmen Moreno Ruiz, Jefa de Sección de Psiquiatría en el Área de Calidad en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).

Txema Coll Benejam, Director de Atención Primaria del Área de Salud de Menorca del Servicio Balear de Salud. Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

13:15 h. Presentación de la nueva iniciativa No Hacer

Lucía Prieto Remón, Área de Decisiones Basadas en la Evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

Patricia Gavín Benavent, Responsable del Programa de Guías de Práctica Clínica en el SNS. Miembro del Comité Científico de GuíaSalud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

14:00 h. Clausura

Yolanda Agra Varela, Subdirectora General de Calidad Asistencial, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad.

Pilar Calvo Pérez, Directora del Área de Transferencia del Conocimiento, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.






Escribe la consulta

Buscar

Búsqueda avanzada

GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICA

OTROS PRODUCTOS
BASADOS EN LA
EVIDENCIA

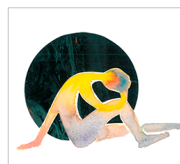
RECOMENDACIONES
«NO HACER»

MATERIALES PARA
PACIENTES



JORNADA INICIATIVA
NO HACER 2023

[Acceso a los materiales](#)



MANEJO DE LA
DEPRESIÓN EN EL
ADULTO

[Revisión de las recomendaciones](#)



CUIDADOS
PALIATIVOS EN
PEDIATRÍA

[Acceso a la guía en capas](#)

Término a buscar

demencia

Áreas Temáticas

- ☐ AC Antinucleares
- ☐ Adenopatía – Sd linfoide proliferativo neoplásico
- ☐ Anafilaxia
- ☐ Anatomía patológica
- ☐ Anemia

Áreas Clínicas

- ☐ Alergia
- ☐ Anatomía Patológica
- ☐ Atención Primaria

Primero lo más nuevo

Ordenar

No usar suplementos de vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico en personas con demencia para la prevención o tratamiento del deterioro cognitivo cuando no hay ninguna indicación o deficiencia.

Año: 2017

Sociedad Científica: Sociedad Española
Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE)

Áreas Clínicas: Geriatria

Áreas Temáticas: Demencia

 **Compartir**

+ Bibliografía

No indicar colocación de sonda nasogástrica ni gastrostomía percutánea en pacientes con demencia en fase avanzada.

PRUEBAS DE BAJO VALOR

FRECUENTES EN ATENCION PRIMARIA



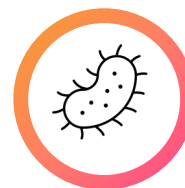
Usar benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada



Alternar tratamiento con ibuprofeno y paracetamol



Mantener tratamiento con inhibidores de la bomba de protones sin indicación demostrada



Retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o LCR)



Prescribir (AINE) a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática



Administrar medicación inyectable sin consultar posibles alergias



Realizar cribado de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos mediante PSA



Aplicar inmovilización total en un esguince de tobillo grado I

PRUEBAS DE BAJO VALOR

25

EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS



Usar benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada



Usar medicamentos anticolinérgicos concomitantemente con inhibidores de la colinesterasa en pacientes con demencia.



Utilizar únicamente pruebas cognitivas para diagnosticar la demencia



Uso de antipsicóticos de primera línea para tratar los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia en pacientes de edad avanzada.



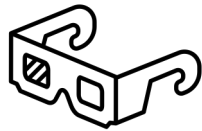
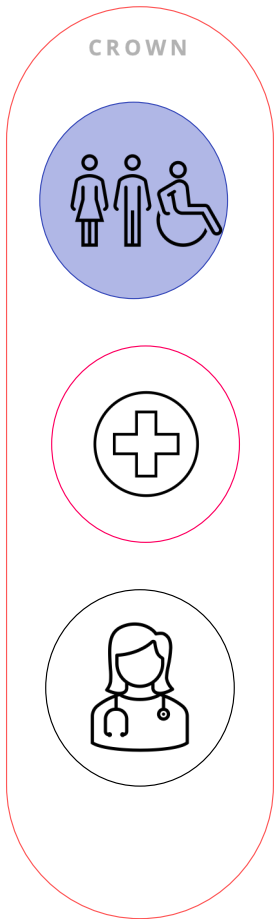
El uso de la Tolcapona en pacientes con enfermedad de Parkinson.



Realizar pruebas de imagen en pacientes con la enfermedad de Parkinson de forma rutinaria

DETERMINANTES DE LA IMPLEMENTACION. Sociedad

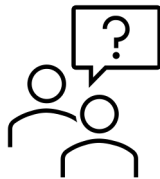
=



Ilusión
terapéutica



Expectativas
de los pacientes



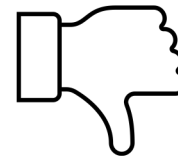
Intolerancia
incertidumbre



Influencia sobre
profesionales y pacientes



Transferencia de problemas
sociales a los sanitarios

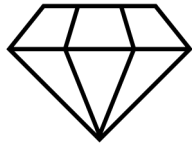
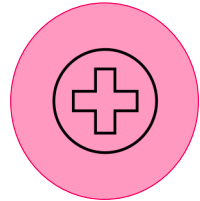


Modelo punitivo
ante el error

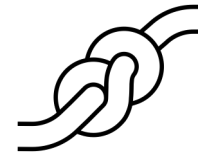
DETERMINANTES

DE SU IMPLEMENTACION. Sistema sanitario =

CROWN



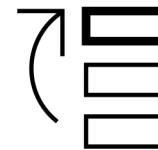
Falta cultura
práctica alto valor



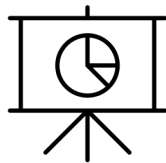
Coordinación AP-AH
ineficaz



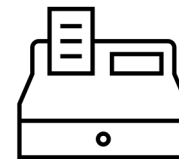
Procesos asistenciales
poco claros



Cambios umbrales
diagnósticos



Formación insuficiente
pre y postgrado

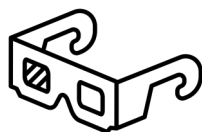
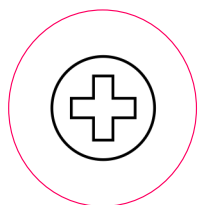


Falta modelo de
pago por valor

DETERMINANTES DE SU IMPLEMENTACION. Profesionales

=

CROWN



Ilusión
terapéutica

FACTORES QUE INFLUYEN EN SU IMPLANTACIÓN

Clinical Review & Education

Review | LESS IS MORE

Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests A Systematic Review

Tammy C. Hoffmann, PhD; Chris Del Mar, MD, FRACGP

IMPORTANCE Unrealistic patient expectations of the benefits and harms of interventions can influence decision making and may be contributing to increasing intervention uptake and health care costs.

OBJECTIVE To systematically review all studies that have quantitatively assessed patients' expectations of the benefits and/or harms of any treatment, test, or screening test.

EVIDENCE REVIEW A comprehensive search strategy was used in 4 databases (MEDLINE, Embase, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, PsycINFO) up to June 2013, with no language or study type restriction. We also ran cited reference searches of

Invited Commentary page 287

Supplemental content at
jamainternalmedicine.com

CME Quiz at
jamanetwork.com

or participants who overestimated or underestimated; although not for 12 outcomes or tests, study authors concluded that participants overestimated benefits. Expectations of harm were assessed by 27 outcomes (across 13 studies); underestimation data were available for 15 outcomes and the majority of participants underestimated harm for 10 (67%) of these. A correct estimation by at least 50% of participants only occurred for 2 outcomes about benefit expectations and 2 outcomes about harm expectations.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE The majority of participants overestimated intervention benefit and underestimated harm. Clinicians should discuss accurate and balanced information about intervention benefits and harms with patients, providing the opportunity to develop realistic expectations and make informed decisions.

Author Affiliations: Centre for Research in Evidence-Based Practice, Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Queensland, Australia (Hoffmann, Del Mar); School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Queensland, Brisbane, Australia (Hoffmann).

Corresponding Author: Tammy C. Hoffmann, PhD, Centre for Research in Evidence-Based Practice, Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Gold Coast, Queensland, Australia 4229 (thoffmann@bond.edu.au).

JAMA Intern Med. 2015;175(2):274-286. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6016
Published online December 22, 2014.

274

Copyright 2015 American Medical Association. All rights reserved.

jamainternalmedicine.com

Clinical Review & Education

JAMA Internal Medicine | Review | LESS IS MORE

Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests A Systematic Review

Tammy C. Hoffmann, PhD; Chris Del Mar, MD, FRACGP

IMPORTANCE Inaccurate clinician expectations of the benefits and harms of interventions can profoundly influence decision making and may be contributing to increasing intervention overuse.

OBJECTIVE To systematically review all studies that have quantitatively assessed clinicians' expectations of the benefits and/or harms of any treatment, test, or screening test.

EVIDENCE REVIEW A comprehensive search strategy of 4 databases (MEDLINE, EMBASE, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, and PsycINFO) from the start years to March 17-20, 2015, with no language or study type restriction, was performed. Searches were also conducted on cited references of the included studies and experts and study

Supplemental content

data were provided, most participants overestimated benefit for 7 (32%) and underestimated benefit for 2 (9%) of the 22 outcomes, and underestimated harm for 20 (34%) and overestimated harm for 3 (5%) of the 58 outcomes.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Clinicians rarely had accurate expectations of benefits or harms, with inaccuracies in both directions. However, clinicians more often underestimated rather than overestimated harms and overestimated rather than underestimated benefits. Inaccurate perceptions about the benefits and harms of interventions are likely to result in suboptimal clinical management choices.

Author Affiliations: Centre for Research in Evidence-Based Practice, Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Gold Coast, Queensland, Australia.

Corresponding Author: Tammy C. Hoffmann, PhD, Centre for Research in Evidence-Based Practice, Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Gold Coast, Queensland, Australia 4229 (thoffmann@bond.edu.au).

JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8254
Published online January 9, 2017.

Copyright 2017 American Medical Association. All rights reserved.

E3

Los pacientes y los clínicos sobreestiman los beneficios de las intervenciones e infravaloran los riesgos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN SU IMPLANTACIÓN

Los médicos de familia sobreestiman los beneficios de las intervenciones

Atención Primaria 54 (2022) 102235

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Expectativas de los profesionales sanitarios sobre el beneficio obtenido por intervenciones habituales en atención primaria

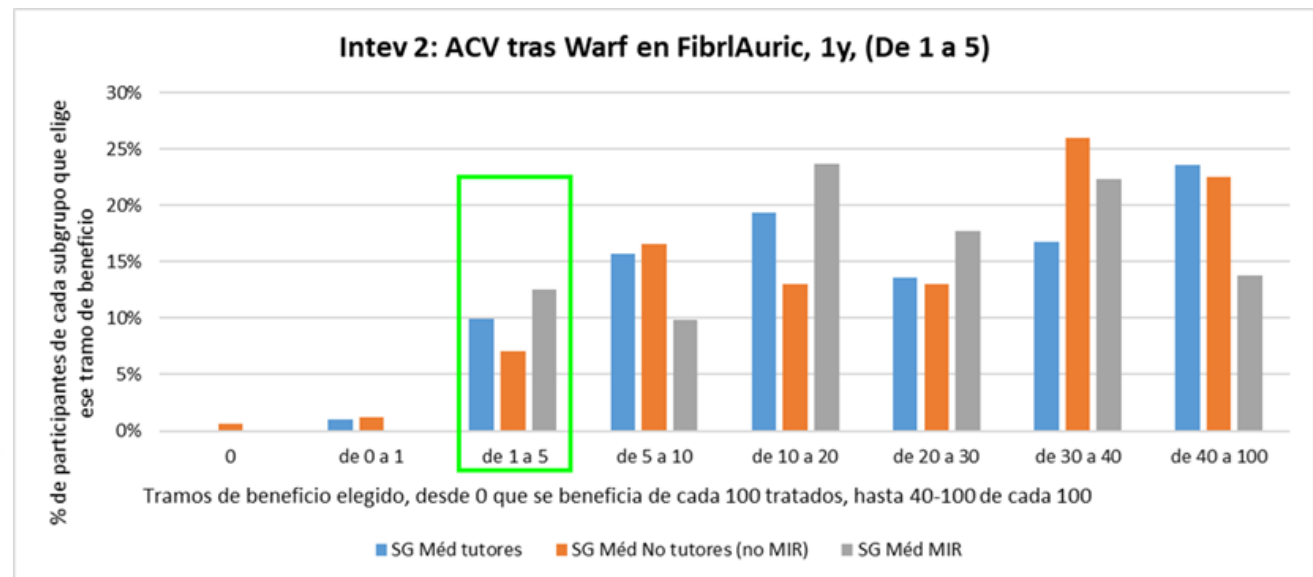
Mónica Rejas Bueno^{a,*}, Asunción Bacaicoa López de Sabando^a y Galo A. Sánchez Robles^b

^a Centro de Salud Zona Norte de Cáceres, Cáceres, España
^b Oficina de Evaluación de Medicamentos, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

Recibido el 25 de abril de 2021; aceptado el 13 de septiembre de 2021
Disponible en Internet el 3 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE
Profesional sanitario;
Expectativas;
Ilusión terapéutica;
Sobreestimación;
Sobreutilización

Resumen
Objetivo: Conocer las expectativas que expresan los profesionales sanitarios sobre el beneficio de varias intervenciones de prevención primaria, basadas en estudios de validez moderada-alta, que se realizan de forma habitual en las consultas de atención primaria.
Diseño: Estudio transversal descriptivo mediante encuesta.
Emplazamiento: Centros de salud españoles, entre el 6 de febrero y el 5 de mayo de 2020.
Participantes: Médicos de familia y otros profesionales de atención primaria en ejercicio.
Mediciones principales: a) el número y porcentaje de participantes cuya estimación de beneficio se aleja del beneficio respaldado por las evidencias; b) las magnitudes de SOBRestimación, NORMOestimación y SUBestimación de cada participante y de cada subgrupo profesional.
Resultados: De los 701 respondedores (67% mujeres), 694 contestaron a las 8 preguntas y 4 entre una y 7. La sobreestimación del beneficio en las 8 intervenciones osciló entre el 86 y el 90% de todos los participantes médicos y entre el 90 y el 96% de todos los participantes enfermeros.
Conclusiones: La mayoría de los profesionales encuestados sobreestiman tanto las actividades de prevención como los tratamientos preventivos, lo que les puede llevar a transmitir expectativas exageradas o falsas a los pacientes, exponerlos innecesariamente a efectos adversos derivados de esas intervenciones y a dilapidar recursos.
© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

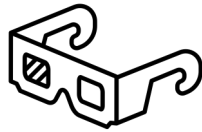
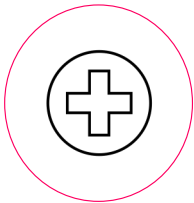


¿Cual és el beneficio en ictus durante 1 año de tratamiento con warfarina en promedio de pacientes con fibrilación auricular no valvular que no han sufrido un ictus previo?

DETERMINANTES DE SU IMPLEMENTACION. Profesionales

=

CROWN



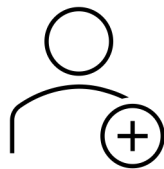
Ilusión
terapéutica



Déficit en el razonamiento
clínico y cultura estadística



Desconocimiento
pruebas bajo valor



Concepto de
Sobrediagnóstico y
sobretratamiento

DETERMINANTES DE SU IMPLEMENTACIÓN

PSYCHOLOGICAL SCIENCE IN THE PUBLIC INTEREST

Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics

Gerd Gigerenzer,^{1,2} Wolfgang Gaissmaier,^{1,2} Elke Kurz-Milcke,^{1,2} Lisa M. Schwartz,³ and Steven Woloshin³

¹Max Planck Institute for Human Development, Berlin; ²Harding Center for Risk Literacy, Berlin; ³The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice's Center for Medicine and the Media, Dartmouth Medical School

SUMMARY *Many doctors, patients, journalists, and politicians alike do not understand what health statistics mean or draw wrong conclusions without noticing.* Collective statistical illiteracy refers to the widespread inability to

What can be done? We discuss the importance of teaching statistical thinking and transparent representations in primary and secondary education as well as in medical school. Yet this requires familiarizing children



DÉFICIT DE RAZONAMIENTO CLÍNICO
FALTA CULTURA ESTADÍSTICA

Magazine

Do doctors understand test results?

By William Kremer
BBC World Service

7 July 2014

[f](#) [m](#) [t](#) [e](#) [Share](#)



THINKSTOCK

La mamografía en el cribado del cáncer de mama

Saber que...

La mamografía no es una prueba perfecta, y la comprensión de sus beneficios y perjuicios es incompleta.

Falso positivo: hallazgo sospechoso que resultará no ser cáncer.

Sobrediagnóstico: detección de cáncer que sin tratar no hubiera causado problemas.

Estas cifras son estimaciones basadas en lo que los expertos consideran la mejor evidencia disponible, pero se mantiene la incertidumbre acerca de estas estimaciones.

Beneficios

El programa de cribado no reduce las expectativas de muerte en general ni por cáncer



La mamografía parece disminuir el número de mujeres que morirán de cáncer de mama (11 años de cribado), aunque existen datos contradictorios sobre la reducción de la mortalidad

Muertes evitables durante 10 años de cribado por cada 1000 mujeres

1 = 1



4 = 4



49-59 años
59-69 años

Riesgos

Falsos positivos (mamografía anual durante 10 años)



50%

Biopsia

Sobrediagnóstico (conlleva un sobretratamiento)



19%

Cáncer causado por mamografía



9 mujeres

Cáncer no diagnosticado



2 mujeres

100 = 100

Pensar que...

Los expertos recomiendan una mamografía bienal entre los 50 y 74 años.

Hay que individualizar en los casos con riesgos de cáncer de mama (edad y antecedentes familiares)

Cada mujer puede sentir de forma diferente un falso positivo o un sobrediagnóstico.

Es importante tener en cuenta como se sentiría la mujer si decide no someterse a una mamografía y es diagnosticada más tarde de cáncer de mama, (incluso si la probabilidad fuera pequeña)



Licencia

Autor @bermacoli. Información adaptada de Lydia E. Pace LE, Keating NL. Systematic Assessment of Benefits and Risks to Guide Breast Cancer Screening Decisions. JAMA. 2014;311(13):1327-1335

1000 HOMBRES CON CRIBADO



SANOS

PSA +

MUERTES POR CUALQUIER CAUSA

100-

10 HOMBRES

10 HOMBRES CON DX CÁNCER PRÓSTATA

10 HOMBRES CON FALSO POSITIVO

10 HOMBRES CON SOBREDIAGNÓSTICO

CRIBADO CÁNCER DE PRÓSTATA 2017



CRIBADO CON PSA
HOMBRES 55-69
11 AÑOS

80 SERÁN INTERVENIDOS: SOLO 3 SE BENEFICIARÁN Y 60 TENDRÁN IMPOTENCIA Y/O INCONTINENCIA URINARIA

1000 HOMBRES SIN CRIBADO



6 MUERTES POR CÁNCER PRÓSTATA

GP EVIDENCE

Conditions

AF
Atrial Fibrillation

CHD
Coronary Heart Disease

CKD
Chronic Kidney Disease

COPD
Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Gout
Gout

HF-PEF
Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

HF-REF
Heart Failure with Reduced Ejection Fraction

Hypertension
Hypertension

Lipids
Lipid lowering to prevent cardiovascular disease

Menopause
Menopause

Osteoporosis
Osteoporosis

Stroke and TIA
Stroke and TIA

T2DM
Type 2 Diabetes Mellitus

Welcome to
GP Evidence

Summaries of the evidence on the benefits and harms of treatments for long term conditions

UNIVERSITY OF OXFORD

NUFFIELD DEPARTMENT OF PRIMARY CARE HEALTH SCIENCES
Medical Sciences Division

NIHR

National Institute for Health and Care Research

Osteoporosis
Osteoporosis

Stroke and TIA
Stroke and TIA

T2DM
Type 2 Diabetes Mellitus

BenefitsHarms

CHA2DS2-VASc score:
2

Reduce risk of:
Ischaemic stroke, TIA or thrombus

No treatment

With treatment

3.7 people have an ischaemic stroke over 1 year

1.3 people have an ischaemic stroke over 1 year

ARR 2.5%
Absolute Risk Reduction

NNT 41
Number Needed to Treat

RRR 66%
Relative Risk Reduction

EXPLAIN STATS

If 100 people with a CHA2DS2-VASc score of 2 take an anticoagulant for 1 year, 2.5 people will avoid a stroke compared to those who do not take an

Colchicine may improve pain control in patients diagnosed with acute gout



Benefits in NNT

5

1 in 5 were helped (better pain control)



Harms in NNT

2

No one was harmed with a lower dose

1 in 2 were harmed with higher dose (total adverse events)

View As: NNT %

Source

McKenzie BJ, Wechalekar MD, Johnston RV, Schlesinger N, Buchbinder R. Colchicine for acute gout. Cochrane Musculoskeletal Group, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;2021(8).



SHARE ON



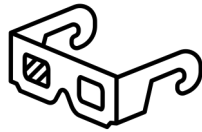
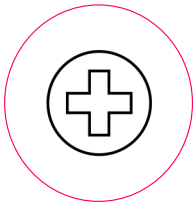
OTHER EBM RESOURCES

[MDCalc](#)
[Trip Database](#)
[BMJ Evidence Updates](#)
[JMAAEvidence - The Rational Clinical Exam Series](#)

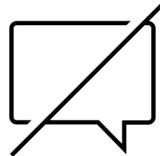
DETERMINANTES DE SU IMPLEMENTACION. Profesionales

=

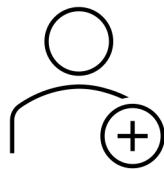
CROWN



Ilusión
terapéutica



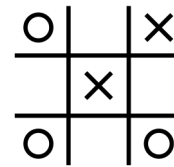
Desconocimiento
pruebas bajo valor



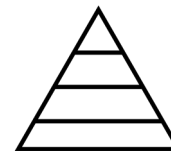
Concepto de
Sobrediagnóstico y
sobretratamiento



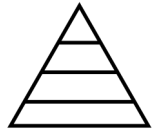
Deficit en el razonamiento
clínico y cultura estadística



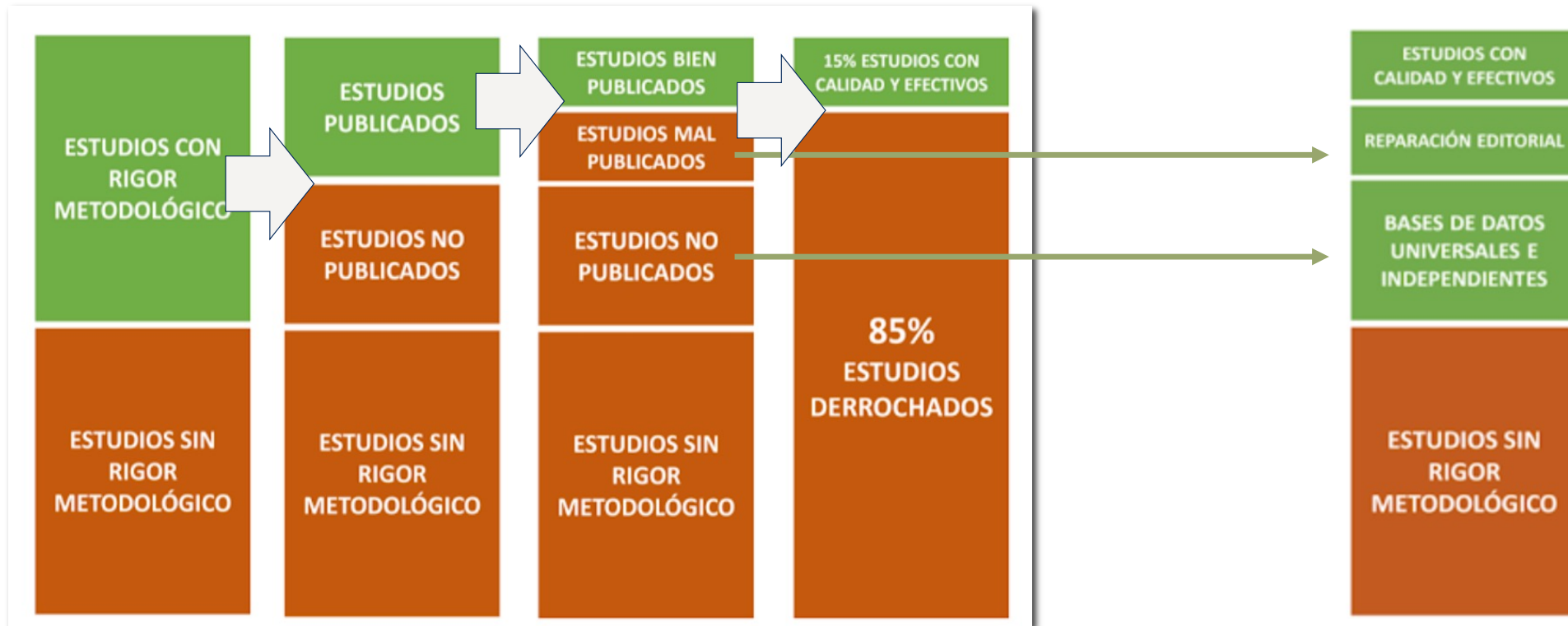
Interacciones excesivas
con farmaindustria



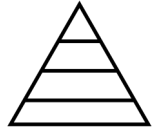
Crisis evidencia científica



CRISIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA



Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. Lancet. 2009 Jul 4;374(9683):86-9. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9. Epub 2009 Jun 12. PMID: 19525005.



CRISIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

1567 intervenciones



01/01/2008-> 05/03/2021

EVALUACIÓN:

SISTEMA GRADE



MEDICIÓN DAÑOS



36,8%

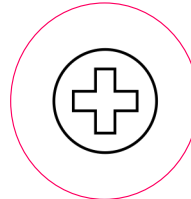
- alta calidad
Estadísticamente significativo
- alta calidad
No estadísticamente significativo
- alta calidad
Estudios primarios no reportados
- moderada calidad
- baja calidad
- muy baja calidad

1. Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loef M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Epidemiol [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 13];148:160–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.017>

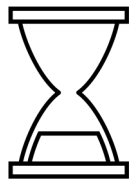
DETERMINANTES DE SU IMPLEMENTACION. Profesionales

=

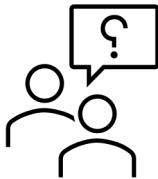
CROWN



Excesiva carga
asistencial



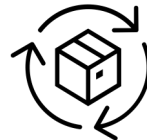
Escaso tiempo
por paciente



Manejo
incertidumbre

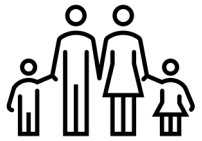


Gestión
de la consulta



Efecto arrastre

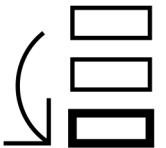
Falta
longitudinalidad



Relación
con el paciente



Dificultades en la
toma de decisiones



REDUCIR LAS PRÁCTICAS DE BAJO VALOR ES UN DESAFÍO PARA LOS SISTEMAS SANITARIOS

40

POR EL COSTE Y POTENCIALES DAÑOS QUE GENERAN

1

CREAR CULTURA RIGHT CARE

Alineada con la misión de la organización. Los mensajes deben ser repetidos y enfatizados

2

LIDERAZGO

Es importante en fases iniciales, pero en global menos que la cultura

3

LOS DATOS SON CLAVES

Buscar diferentes puntos de información. Análisis interno de datos. y fácilmente comprensibles para los profesionales.

4

UTILIZAR DIFERENTES PALANCAS

Uso de incentivos, políticas de cobertura, indicadores de calidad.

5

IMPLICAR AL PACIENTE

En el proceso de desimplantación

6

MODELOS DE PAGO BASADOS EN VALOR

PROGRAMA DE 10 PASOS PARA DES-IMPLEMENTAR⁴¹

PRÁCTICAS DE BAJO VALOR



Beckman H, Mafi J, Bortz B. A 10-Step Program to Successfully Reduce Low-Value Care. Am J Manag Care. 2021;27(6):208–13.

PROGRAMA DE 10 PASOS PARA DES-IMPLEMENTAR⁴²

PRÁCTICAS DE BAJO VALOR



Des-implementación en prácticas de bajo valor en oncología

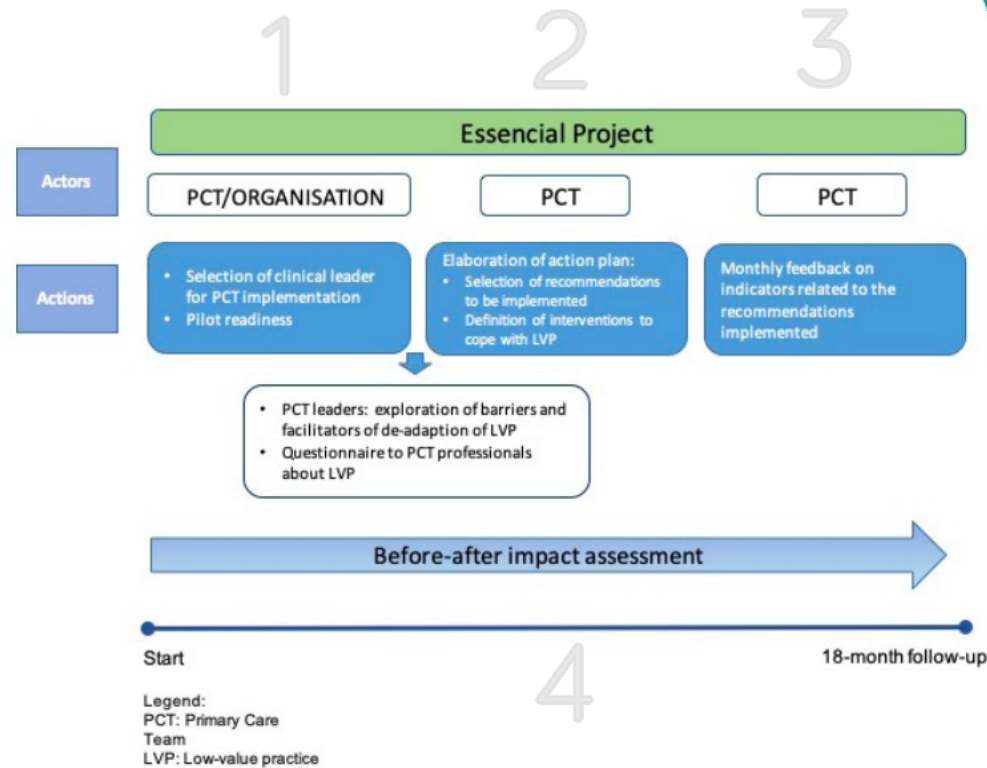
- Revisión sistemática sobre la reducción de PBV en oncología.
- Se analizan 12 de 2794 estudios.
- Solo 6 demuestra reducción de PBV.
- Las intervenciones efectivas fueron multicomponente.
- Importantes sesgos entre moderados y altos en la mayoría de estudios.



Evaluación del proyecto

Essencial

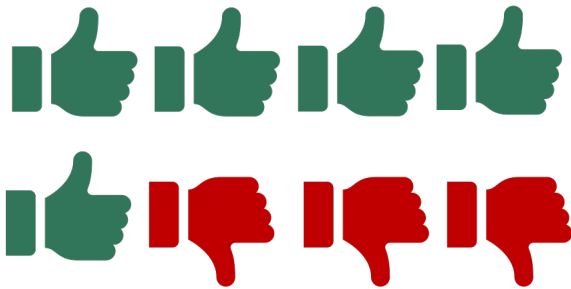
44



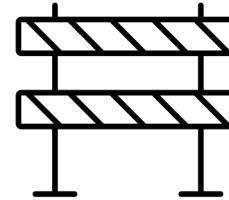
1. Identificación y formación de 170 líderes clínicos
2. Desarrollo de planes de acción:
 1. Presentaciones de 77 recomendaciones PBV
 2. Priorización en cada EAP (24 recom.)
 3. Desarrollo de indicadores que valoran las recomendaciones.
3. Feedback mensual.
4. Evaluación del proyecto del conocimiento clínicos y percepciones y resultados antes/después de las recomendaciones

Figure 1 Implementation phases of the *Essencial* project. PCT, primary care team; LVP, low-value practice

Impacto de las estrategias des-implementación



8 proyectos



- Poco tiempo por paciente
- Incapacidad razonar del paciente
- Deseo satisfacer paciente
- Expectativas del paciente

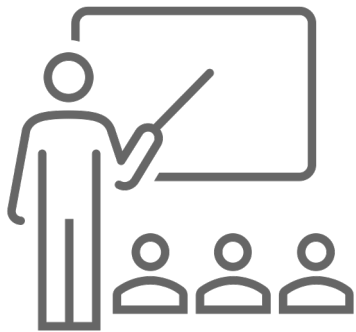


11,4%- 61,3%



- Fuerte respaldo de la evidencia
- Consenso y colaboración entre médicos
- Esfuerzo para explicar al paciente la reducción de daños

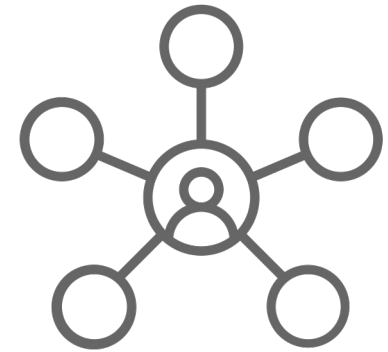
Impacto de las estrategias des-implementación



Educación repetida sobre PBV



Comunicación con el paciente



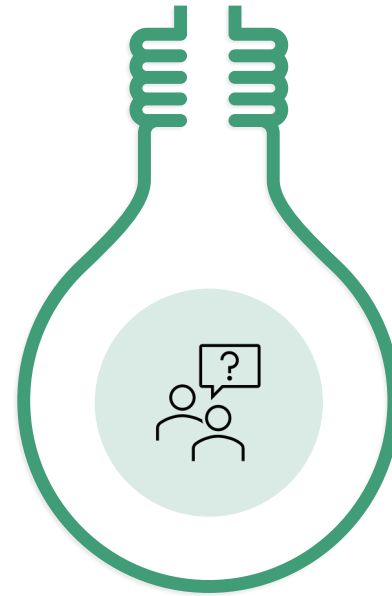
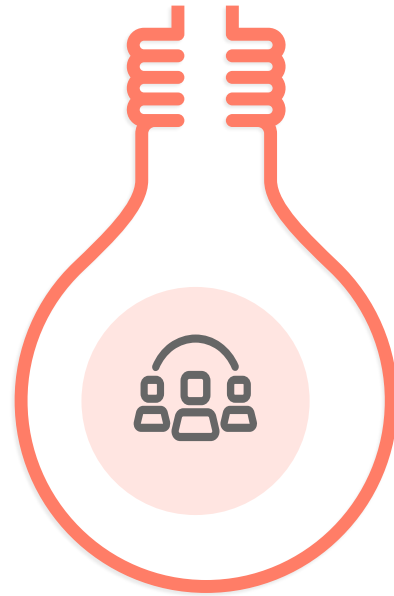
Las intervenciones multifaceta

Verkerk EW, Van Dulmen SA, Westert GP, Hooft L, Heus P, Kool RB. Reducing low-value care: what can we learn from eight de-implementation studies in the Netherlands? *BMJ Open Qual* 2022 11:1710.

Impacto de la des-implementación de las pruebas de bajo valor

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No se afecta por denegar
una prueba de bajo
valor(PBV)



Dificultades para
comprender
concepto de PBV

CONCLUSIONES

1 CONCEPTO POCO CLARO
PRÁCTICA DE BAJO VALOR (PBV)

2 LAS PBV TIENEN UN COSTE
ECONÓMICO Y DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE

3 LAS PBV SON HABITUALES EN
AP PERO MENOS QUE EN EL
HOSPITAL

4 EXISTEN RECURSOS PARA
IDENTIFICARLAS

5 POBRE EVIDENCIA SOBRE LA
EFECTIVIDAD DE LAS
INTERVENCIONES PARA DES-
IMPLEMENTARLAS

6 ESTRATEGIAS PUEDEN AYUDAR A
REDUCIRLAS PERO SON
COSTOSAS



“ No es más limpio el que más
limpia, sino el que menos ensucia”

Robert Baden-Powell



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ARTICULO ESPECIAL

¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor



Rosa María Añel Rodríguez^{a,b,*}, María Pilar Astier Peña^{b,c} y Txema Coll Benejam^{b,d}

^a Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Landako, Durango. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, País Vasco, España

^b Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC

^c Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Calidad de la Dirección Territorial de Camp de Tarragona. Instituto Catalán de la Salud, Cataluña, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Verge del Toro. Área de Salud de Menorca. Ibsalut, Islas Baleares, España

Recibido el 26 de marzo de 2023; aceptado el 28 de marzo de 2023

Sano y salvo

Blog de seguridad del paciente en atención primaria

<https://sano-y-salvo.blogspot.com>

[Ir a inicio](#)

[Misión, visión y valores](#)

[Miembros](#)

Prácticas de bajo valor: dificultades para su desimplementación

La necesidad constante de evaluación, reemplazo y reversión de las intervenciones es una consecuencia inevitable de los avances de la investigación científica y de la adopción temprana de nuevas tecnologías por parte del sistema sanitario.

Las denominadas "prácticas de bajo valor" son intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudosa utilidad, ya sea porque no han demostrado su efectividad o porque su relación coste/beneficio es desfavorable o no bien conocida. En cualquier caso, se trata de prácticas cuya utilidad no está respaldada por la mejor evidencia disponible en cada momento, conllevan un aumento superfluo de los costes asociados a la asistencia y no están libres de riesgos para los pacientes.



Durante los últimos 15 años diversas iniciativas dirigidas a identificar prácticas de bajo valor han dado como resultado listas de intervenciones que deberían desimplementarse, conocidas genéricamente como "recomendaciones no hacer". Destacan, entre otras, las iniciativas [Choosing Wisely](#), [Do not do procedures](#), [Less is More](#), [Wiser Healthcare](#), [Too Much Medicine](#), [Quaternary Prevention & Overmedicalization](#) a nivel internacional, así como el [Proyecto Esencial](#) y las [recomendaciones "NO hacer" del Ministerio de Sanidad y las Sociedades Científicas](#) a nivel nacional.

A pesar de los esfuerzos realizados, el conocimiento derivado de todas estas iniciativas e investigaciones no ha tenido un impacto relevante en la práctica clínica. Por ello, reducir la frecuencia de las prácticas de bajo valor en el ámbito sanitario continúa siendo un desafío a nivel mundial. Un reciente metaanálisis de intervenciones sanitarias sometidas a revisiones

BIBLIOGRAFÍA

1. Añel Rodríguez R, Astier Peña MP, Coll Benejam TC. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. Atención Primaria [Internet]. 2023;55:102630. Available from: www.elsevier.es/ap
2. Alishahi Tabriz A, Turner K, Clary A, Hong YR, Nguyen OT, Wei G, et al. De-implementing low-value care in cancer care delivery: a systematic review. Implement Sci [Internet]. 2022;17(1):1–16. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01197-5>
3. Beckman H, Mafi J, Bortz B. A 10-Step Program to Successfully Reduce Low-Value Care. Am J Manag Care. 2021;27(6):208–13.
4. Cheikh-Moussa K, Caro Mendivelso J, Carrillo I, Astier-Peña MP, Olivera G, Silvestre C, et al. Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2022;0(0). Available from: <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2026924>
5. Cochrane Library. Revisiones Cochrane sobre la desprescripción de clases específicas de fármacos. Cochrane Libr. 2022;1–8.
6. Ganguli I, Morden NE, Yang CWW, Crawford M, Colla CH. Low-Value Care at the Actionable Level of Individual Health Systems. JAMA Intern Med. 2021;181(11):1490–500.
7. Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, Hall A, Dowling SK, Rodondi N, et al. De-implementing wisely: Developing the evidence base to reduce low-value care. BMJ Qual Saf. 2020;29(5):409–17.
8. Ingvarsson S, Hasson H, Augustsson H, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, Sandaker I. Management strategies to de-implement low-value care—an applied behavior analysis. Implement Sci Commun [Internet]. 2022;3(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00320-3>
9. Kim DD, Do LA, Daly AT, Wong JB, Chambers JD, Ollendorf DA, et al. An Evidence Review of Low-Value Care Recommendations: Inconsistency and Lack of Economic Evidence Considered. J Gen Intern Med. 2021;36(11):3448–55.

BIBLIOGRAFÍA

10. Landon SN, Padikkala J, Horwitz LI. Identifying drivers of health care value: a scoping review of the literature. *Int J Qual Heal Care*. 2021;33(4):1–19.
11. Leigh JP, Sypes EE, Straus SE, Demianschuk D, Ma H, Mather RB, et al. Determinants of the de - implementation of low - value care : a multi - method study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:450.
12. Mira JJ, Caro Mendivelso J, Carrillo I, González De Dios J, Olivera G, Pérez-Pérez P, 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 Heal Care*. 2019;31(7):519–26.
13. Oakes AH, Radomski TR. Reducing Low-Value Care and Improving Health Care Value. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2021;325(17):1715–6.
14. Rockwell MS, Michaels KC, Epling JW. Does de-implementation of low-value care impact the patient-clinician relationship? A mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1–12.
15. Rourke EJ. Ten Years of Choosing Wisely to Reduce Low-Value Care. Vol. 386, *New England Journal of Medicine*. 2022. p. 1293–5.
16. Sacristán JA. How to assess the value of low-value care. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–6.
17. Sorenson C, Japinga M, Crook H. Low-Value Care De-implementation: Practices for Systemwide Reduction. *NEJM Catal*. 2022;3(5).
18. Takada T, van Doorn S, Naaktgeboren CA, Heus P, Hooft L, Weenink JW, et al. Strategies to reduce the use of low-value medical tests in primary care: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(701):E858–65
19. Verkerk EW, Van Dulmen SA, Westert GP, Hooft L, Heus P, Kool RB. Reducing low-value care: what can we learn from eight de-implementation studies in the Netherlands? *BMJ Open Qual* 2022 11:1710.
20. . Bueno, Mónica Rejas, Asunción Bacaicoa López de Sabando, and Galo A. Sánchez Robles. "Expectativas de los profesionales sanitarios sobre el beneficio obtenido por intervenciones habituales en atención primaria." *Atención Primaria* 54.4 (2022): 102235.

