

Adequació i impacte de les pràctiques clíniques amb poc valor a l'atenció primària

Nemesio Moreno¹, Josep Maria Bonet¹, Marta Expósito², Xavier Jusmet³, David Pérez⁴, Raquel Ortega⁵, Paula Gómez⁶, Maria Eulàlia Rimblas⁷, Carolina Moragues⁸, Montserrat Teixidó⁹, Núria Prat¹

¹Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut; ²Equips d'Atenció Primària Ca N'Oriac (Sabadell) i Sabadell Nord. Institut Català de la Salut; ³Equip d'Atenció Primària La Riera (Mataró). Institut Català de la Salut; ⁴Equip d'Atenció Primària Llefà (Badalona). Institut Català de la Salut; ⁵Equip d'Atenció Primària Santa Perpètua de Mogoda. Institut Català de la Salut; ⁶Equip d'Atenció Primària La Serra (Sabadell). Institut Català de la Salut; ⁷Equip d'Atenció Primària La Garriga. Institut Català de la Salut; ⁸Equip d'Atenció Primària Barberà del Vallès. Institut Català de la Salut; ⁹Servei d'Atenció Primària Vallès Occidental. Institut Català de la Salut.

Resum

Una bona part de les pràctiques clíniques que es realitzen diàriament no es troben recolzades per la bibliografia i de vegades entren en conflicte amb la seguretat del pacient i la màxima hipocràtica "*primum non nocere*". La majoria de les recomanacions actuals en aquest sentit són hospitalàries o bé massa generals per ser aplicables a tots els professionals de l'atenció primària.

Introducció

Els darrers anys ha sorgit la preocupació pel sobrediagnòstic i el sobretractament, fet que ha implicat acabar enfocant cap a aquelles activitats que aporten escàs valor. Moltes de les pràctiques clíniques o de les proves complementàries que es realitzen de forma generalitzada no estan ben indicades i no aporten gaire o res al procés del pacient. S'ha de tenir en compte que el malbaratament degut a activitats clíniques que no aporten valor es pot estimar, com a mínim, en el 25% de la despesa sanitària¹. Per tal de poder combatre aquesta tendència, els clínics han començat a treballar amb fonts de pràctiques clíniques de valor anomenades Right Care^{2,3}.

Demandar proves en excés no és només un tema de costos, és una pràctica que té conseqüències degut a la complexa interpretació de certs resultats, als falsos positius, a les troballes casuals no relacionades (incidentalomes) i als propis riscos inherents a algunes de les proves.

L'interès per les recomanacions de pràctiques que aporten poc valor neix a la fi del segle XX als països anglosaxons⁴. A Catalunya, el 2013 marca l'inici del projecte Es-

sencial⁵, fruit de la col·laboració entre societats científiques, professionals sanitaris, pacients i l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAs). Moltes de les recomanacions publicades són aplicables a l'atenció primària i, arran d'aquest projecte, molts professionals s'han començat a preguntar el valor de les seves pràctiques.

Dintre d'aquestes pràctiques, una bona part l'ocupa la sol·licitud de proves complementàries. Per tal d'aconseguir millorar l'adequació en la petició d'aquestes proves, l'abordatge ha de ser amb diferents eines.

Una primera forma podria ser amb una definició acurada de les indicacions per a cada prova, amb una assignació econòmica correcta segons les taxes d'incidència de les malalties que indueixen la sol·licitud d'aquestes proves per al seu diagnòstic o seguiment. No existeixen estudis actuals que permetin obtenir aquestes dades. Tot i això, també s'ha de tenir en compte, amb especial rellevància a l'atenció primària, que força vegades es parteix de la sospita a partir d'algun símptoma inespecífic, fet que comporta un elevat percentatge de resultats negatius.

També es podria millorar l'adequació de proves, tot seguint la tendència actual en medicina, amb la millora del coneixement entre els professionals tant dels beneficis com dels efectes secundaris dels tractaments i de les tecnologies, així com esbrinant com es poden reduir excessos de manera segura i adequada.

Projecte Right Care

Amb la intenció de poder treballar per reduir les pràctiques de poc valor a l'atenció primària de l'àrea Metropolitana Nord de l'Institut Català de la Salut (ICS), es va dissenyar, juntament amb professionals de l'AQuAS, quin podria ser l'abordatge adequat per poder portar a terme el projecte, tot tenint en compte la realitat de l'atenció primària i la visió del territori.

Era molt important que els professionals sentissin que el projecte era també seu des del principi i, per aquest

Correspondència: Nemesio Moreno Millán
Centre d'Atenció Primària Sant Fèlix
Ctra. Barcelona, 473
08203 Sabadell
Tel.: 937 281 505
Adreça electrònica: nmorenom.bnm.ics@gencat.cat

motiu, es van realitzar tres trobades de professionals, amb un dinamitzador instruït en el tema que va liderar unes jornades de pluja d'idees que van permetre obtenir dades per marcar el rumb del projecte. Es va fer una presentació de les conclusions a tots els participants, donat que es va considerar que el *feedback* era primordial per a l'èxit del projecte.

Amb tota aquesta informació es va decidir crear una comissió Right Care formada per set professionals (metges de família) dels equips d'atenció primària (EAP) i dos professionals mèdics de la Direcció. Els objectius d'aquesta comissió són: a) Conèixer les indicacions i valorar l'adequació de les diferents proves segons les fonts de Right Care, per tipus de prova i aparell o patologia. b) Prioritzar les proves per la seva prevalença d'ús, efectes adversos que suposen per a la seguretat del pacient, l'evidència científica de poc o nul valor, les demores de l'assistència especialitzada en relació amb la indicació de la prova, etc. c) Fer recomanacions específiques per a atenció primària, segons territori i tipus de prova, tot tenint en compte els aspectes dels apartats anteriors.

Per poder aconseguir aquests objectius es van plantejar unes etapes a seguir tal i com es pot veure a la Figura 1.

Un cop revisades les proves i valorades quantitativament i qualitativament, la comissió va decidir prioritzar aquelles proves que s'ajustaven més als objectius marcats pels professionals a les jornades de pluja d'idees. Les pro-

ves prioritzades a partir de l'anàlisi de les dades de 2017 varen ser les següents:

– **Gammagrafia òssia**

Efectes adversos: irradia 200 vegades més que la radiologia convencional⁶.

Taxa de sol·licituds: 0,88 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

El 46% de les derivacions varen ser per dolors ossis inespecífics, molts d'ells no justificats per a les indicacions de la prova, que són poques i bàsicament relacionades amb patologia òssia poc freqüent.

– **Tomografia computada toràcica**

Efectes adversos: irradia 400 vegades més que la radiologia convencional⁶. De vegades necessita contrast i s'ha de vigilar la funció renal.

Taxa de sol·licituds: 0,82 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

Tot i que les indicacions bàsiques són bàsicament masses, nòduls, abscessos o bronquièctasis, en prop del 20% dels casos es demana per símptomes inespecífics, com ara la tos, o per pneumònies.

– **Tomografia computada abdominal**

Efectes adversos: irradia 500 vegades més que la radiologia convencional⁶. De vegades necessita contrast i s'ha de vigilar la funció renal.

Taxa de sol·licituds: 0,66 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

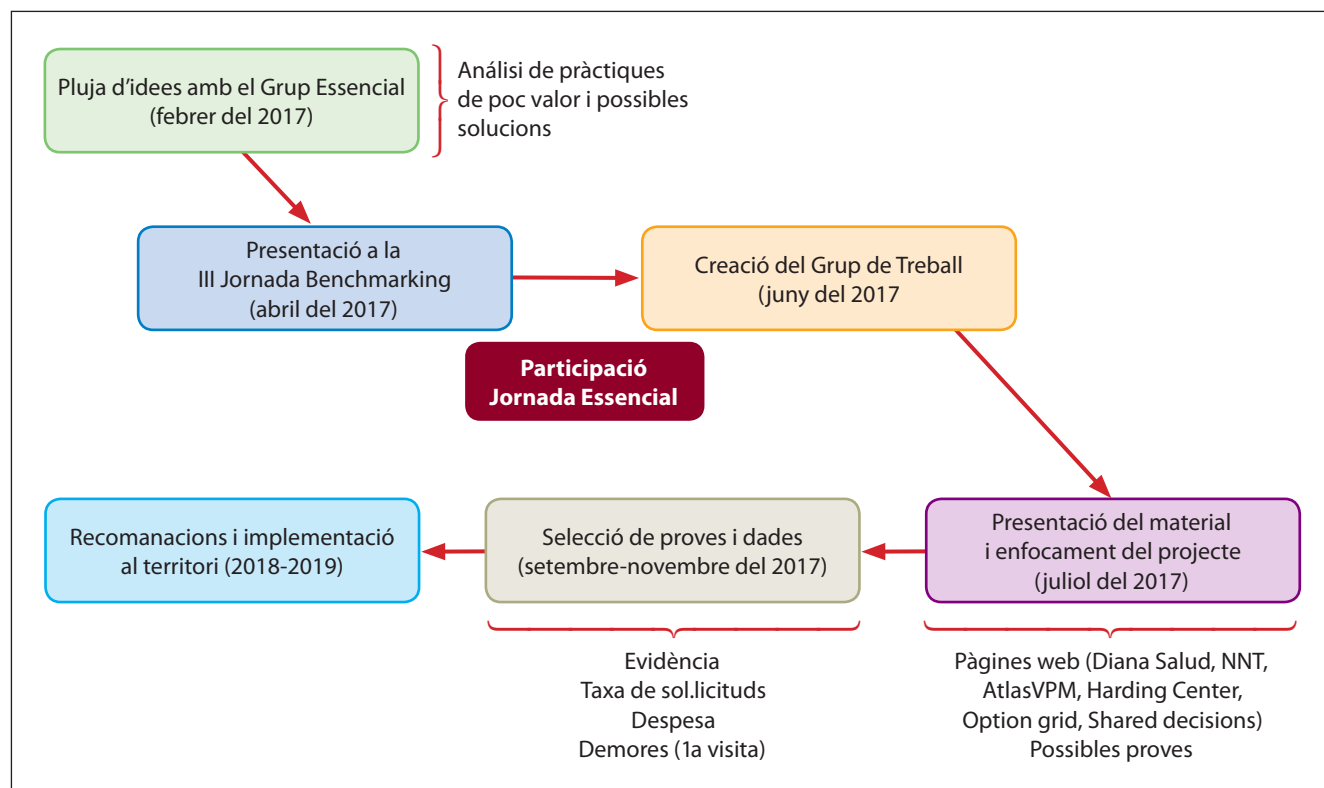


FIGURA 1. Etapes de la comissió Right Care (àrea Metropolitana Nord de l'Institut Català de la Salut)

Tot i que la indicació bàsica és el diagnòstic d'infeccions o inflamacions abdominals, el 53% de les proves es demanen per valors analítics alterats o dolors abdominals inespecífics.

– **Electromiograma**

Taxa de sol·licituds: 4,16 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

Té poques indicacions clares en atenció primària; aquestes són bàsicament en casos de túnel carpià, polineuropaties, síndrome cubital i alteracions de la sensibilitat o motores.

S'ha d'afegir una llista d'espera important, tant de la prova com de l'atenció especialitzada vinculada (neuròleg i traumatòleg).

– **Ecocardiografia**

Taxa de sol·licituds: 9,23 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

Els motius més freqüents de demanda són la presència de determinats signes i símptomes (diagnòstic) i per descartar hipertròfia a la hipertensió arterial. L'adequació per al diagnòstic de la sol·licitud és del 89%, és innòcua i, habitualment, el resultat genera decisions clíniques.

En el seguiment de patologies ja diagnosticades es pot millorar la periodicitat, especialment en valvulopaties i en insuficiència cardíaca.

– **Ecografia abdominal i renovescoprostàtica**

Taxa de sol·licituds: 30,6 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos (el 54% abdominals).

Es demana més del 70% de les vegades per confirmar una sospita diagnòstica, per tant és necessària una demora baixa. És important millorar la periodicitat en les patologies de seguiment i la coordinació amb els serveis de radiologia.

– **Ecografia d'espatlla**

Taxa de sol·licituds: 3,4 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

Alta prevalença d'omàlgia a la població general (10%).

Només es recomana en cas d'antecedent traumàtic i és millor l'anamnesi que l'exploració física.

– **Urocultiu postinfecció del tracte urinari (ITU)**

Taxa de sol·licituds: 71,9 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

Existeix evidència que no aporta valor demanar urocultiu després del tractament en dones amb ITU no complicada⁷, que representen el 31,4% de les sol·licituds.

– **Radiografia simple de peu (esperó calcani)**

Taxa de sol·licituds: 10,8 sol·licituds anuals per cada 1.000 pacients atesos.

En més del 85% dels casos es demana per dolor agut plantar atraumàtic i un percentatge molt alt acaba amb la trobada d'incidentalomes.

L'única indicació clara és el dolor sever mecànic de més de 4 mesos de durada amb tractament conservador.

A la següent fase, de cadascuna d'aquestes proves s'elaborarà una recomanació final per als professionals d'atenció primària. Aquesta recomanació ha de tenir en compte les peculiaritats de cada territori i de cada EAP. La difusió al territori es realitzarà mitjançant els líders clínics. Anualment s'avaluaran diferents indicadors per tal de veure el nivell d'implantació de les recomanacions.

Conclusions

La realitat de l'atenció primària, dispersa en molts centres i amb molts professionals diversos, exigeix pràctiques diferents per tal d'expandir les recomanacions. Amb aquest projecte es pretén abastar diferents aspectes: fer veure aquelles pràctiques que no aporten valor i que s'haurien de deixar de fer per la seguretat del pacient, implicar els professionals en el full de ruta a seguir i la manera de fer arribar les recomanacions finals a la consulta diària i, finalment, veure l'impacte d'aquestes recomanacions per poder seguir treballant en un cercle de millora contínua.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Halvorson GC. Health care will not reform itself: A user's guide to refocusing and reforming American health care. 1a ed. Boca Raton, Fla: CRC Press; 2009.
2. National Institute for Health and Care Excellence NICE. <https://www.nice.org.uk/>
3. Choosing Wisely. <http://www.choosingwisely.org/>.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
5. Essencial. Generalitat de Catalunya. <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/inici/>
6. European Commission. Referral guidelines for imaging radiation protection 118. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
7. Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE, Cai T, Çek M, Köves B et al. Guidelines on urological infections [Internet]. European Association of Urology; 2015. Consultable a: https://uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf. Accés octubre de 2018.