

Carta al Director

Opinión de los especialistas de medicina preventiva y salud pública acerca de las recomendaciones sobre las prácticas de bajo valor: encuesta piloto



Preventive medicine and public health specialists' opinion about recommendations of low-value practices: a pilot survey

Sr. Director:

En los últimos años ha crecido el interés por disminuir las prácticas clínicas de bajo valor, definidas como aquellas intervenciones que no proporcionan beneficios netos en salud¹. A propósito de este tema, se ha publicado una encuesta que exploró la opinión de los profesionales sanitarios en un hospital terciario de Barcelona sobre las prácticas de bajo valor, en la cual se encontró un alto grado de acuerdo y una elevada percepción de utilidad de estas recomendaciones². En este contexto, nuestro grupo realizó en 2017 una encuesta electrónica a 413 profesionales de salud de diferentes especialidades médicas de 18 centros sanitarios españoles³. El objetivo era determinar el grado de conocimiento, acuerdo y

percepción de utilidad en la práctica clínica de las recomendaciones diagnósticas publicadas por 12 iniciativas dirigidas a disminuir las prácticas de bajo valor. En el marco del estudio presentamos los resultados focalizados en la opinión de los especialistas en medicina preventiva y salud pública sobre las recomendaciones diagnósticas dirigidas a disminuir las prácticas clínicas de poco valor específicas de su especialidad.

Las recomendaciones diagnósticas incluidas en la encuesta fueron seleccionadas del portal DianaSalud⁴ según los siguientes criterios: a) recomendaciones de pruebas diagnósticas de bajo valor de la especialidad de medicina preventiva y salud pública; b) recomendaciones publicadas hasta septiembre de 2016; c) recomendaciones con relevancia clínica e interés general; y d) potencial impacto y aplicabilidad de dicha recomendación en la práctica clínica.

Nueve especialistas de medicina preventiva y salud pública de diferentes hospitales españoles fueron invitados a participar en la encuesta sobre 12 recomendaciones diagnósticas (tabla 1). La tasa de respuesta fue del 55,6%. La mayoría (75,0%) de las recomendaciones habían sido publicadas por la iniciativa DoNotDo (National Institute for Health and Care Excellence). Diez de las 12

Tabla 1
Recomendaciones diagnósticas incluidas en la encuesta dirigida a la especialidad de medicina preventiva y salud pública

Nº	Prueba diagnóstica	Recomendación diagnóstica	Iniciativa y año de publicación
1	Test de Mantoux	No se recomienda realizar el test de Mantoux de forma sistemática antes de la vacuna BCG en niños menores de 6 años, a no ser que tengan antecedentes de haber vivido o haber pasado una estancia larga (de más de 1 mes) en un país con una incidencia elevada de tuberculosis	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
2	Mamografía	No se recomienda el cribado sistemático con mamografía en mujeres en edad adecuada antes de informarles sobre los daños y perjuicios del cribado	JAMA <i>Less Is More</i> (2014)
3	Cribado del virus del papiloma humano	No realizar pruebas de cribado del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones de bajo riesgo	ChoosingWisely® (2013)
4	Antígeno prostático específico	No se recomienda realizar de forma sistemática su determinación como cribado poblacional de cáncer de próstata, al no aportar beneficios en términos de reducción de la mortalidad	Essencial (2013)
5	Detección de vaginosis	No debe ofrecerse de forma sistemática la detección de vaginosis bacteriana en las mujeres embarazadas	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
6	Cribado de <i>Chlamydia</i>	No debería ofrecerse el cribado de <i>Chlamydia</i> como parte de la atención prenatal habitual	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
7	Serología de virus de la hepatitis C	No debe ofrecerse de forma sistemática la detección del virus de la hepatitis C en las embarazadas, ya que no hay pruebas suficientes para apoyar su efectividad clínica y coste	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
8	Detección de estreptococo	A las embarazadas no se les debe ofrecer de forma sistemática el examen prenatal para el estreptococo del grupo B, porque la evidencia de su efectividad clínica y coste sigue siendo incierta	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
9	Serología de toxoplasma	No se debería ofrecer el cribado serológico prenatal sistemático para la toxoplasmosis porque los riesgos pueden ser mayores que los potenciales beneficios	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
10	Cribado de parto prematuro	No se deberían ofrecer exámenes sistemáticos para el cribado de parto prematuro	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
11	Translucencia nual	No se recomienda el cribado para anomalías cardíacas a través de la translucencia nual de forma sistemática	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)
12	Cribado serológico	No repetir de manera sistemática pruebas serológicas mientras la donante está donando leche materna	NICE <i>DoNotDo</i> (2016)

JAMA: Journal of the American Medical Association; NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

recomendaciones trataban sobre pruebas de cribado. Todos los profesionales conocían al menos una de las 12 iniciativas, con una mediana de siete iniciativas por profesional (rango: 2-12). Las más conocidas fueron U.S. Preventive Services Task Force, Cochrane Quality y DoNotDo. La mediana del grado de conocimiento de las recomendaciones diagnósticas fue del 20,0%, mientras que la mediana de acuerdo y de la percepción de su utilidad en la práctica clínica fue del 60,0%. Los participantes consideraron que la mayoría (9/12; 75,0%) de las recomendaciones se cumplían al menos parcialmente en sus respectivos centros.

Este estudio piloto muestra, en una primera aproximación, que los especialistas de medicina preventiva y salud pública tienen conocimiento de un número importante de iniciativas de adecuación de la práctica clínica. También parecen conocer y estar de acuerdo con recomendaciones diagnósticas de bajo valor sobre prácticas de cribado de amplio ámbito poblacional, como las de cáncer de mama, cuello uterino o próstata. Por el contrario, parecen desconocer recomendaciones que implican a poblaciones más específicas, como las existentes en relación con las gestantes. Es necesario realizar más acciones de difusión y transferencia de las recomendaciones, así como conocer mejor los determinantes del acuerdo o desacuerdo con ellas, y de la percepción de su utilidad y aplicabilidad en la práctica clínica habitual.

Contribuciones de autoría

A. Merchán, C. Requeijo, K. Salas-Gama, J.I. Pijoan, M.N. Plana, I. Urreta, M.J. Quintana y X. Bonfill han contribuido en la concepción y el diseño del trabajo, así como en el análisis y la interpretación de los datos. A. Merchán, C. Requeijo y K. Salas-Gama han contribuido en la recogida de datos. Todas las personas firmantes han participado en la redacción y revisión crítica de la carta, hasta aprobar su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Mafi JN, Russell K, Bortz BA, et al. Low-cost, high-volume health services contribute the most to unnecessary health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36:1701–4.
2. Osorio D, Ribera A, Solans-Domènech M, et al. Healthcare professionals' opinions, barriers and facilitators towards low-value clinical practices in the hospital setting. *Gac Sanit*. 2019;S0213–9111, 30006–8.
3. Bonfill X, Salas-Gama K, Requeijo C, et al. A survey to assess the awareness of, and agreement with initiatives and recommendations about low-value diagnostic practice. 2018 (Artículo en proceso de revisión).
4. CIBERESP. Portal DianaSalud. Divulgación de iniciativas para analizar la adecuación en salud. (Consultado el 13/11/2018.) Disponible en: <http://www.dianasalud.com/index.php>.

Carolina Requeijo^a, Karla Salas-Gama^{a,*}, Ángela Merchán^{a,b}, José Ignacio Pijoan^{c,d,e}, María Nieves Plana^{c,f}, Iratxe Urreta^{c,g}, María Jesús Quintana^a y Xavier Bonfill^a

^a Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu; Centro Cochrane Iberoamericano; Institut de Recerca IIB Sant Pau, Barcelona, España

^b Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia), España

^e Asociación Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces-Bizkaia, Barakaldo (Bizkaia), España

^f Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España

^g Unidad de Epidemiología Clínica, OSI Donostialdea, Osakidetza; Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia (IIS Biodonostia), Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ksalas@santpau.cat (K. Salas-Gama).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.002>

0213-9111/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tribunal Constitucional e identidad sexual: flor nueva de romances viejos



Constitutional Court and sexual identity: “New flower of old romances”

Sr. Director:

El Tribunal Constitucional acaba de publicar una nota informativa¹ por la que amplía la posibilidad de solicitar el cambio de sexo en el Registro Civil a los/las menores que lo deseen. Para ello se ampara en la inconstitucionalidad del párrafo 1.1 de la Ley 3/2007 que regula la rectificación registral², al vulnerar el principio de desarrollo de la personalidad y el derecho a la intimidad (arts. 10.1 y 18.1 CE)^{3,4}.

A priori, esta modificación podría haber supuesto un avance en la consolidación de los derechos de todas las personas transsexuales, al permitir modificar la asignación registral de su sexo desde edades tempranas. Esto contribuiría a evitar el estigma y la patologización a los que se enfrenta el colectivo trans⁵,

especialmente los/las menores. También mostraría el grado de madurez alcanzado por las Administraciones públicas al favorecer el desarrollo de un entorno protector hacia los/las menores trans, actuando como garantes de sus derechos. Sin embargo, el texto de la nota añade que solo los/las menores de edad con «suficiente madurez» y «en situación estable de transexualidad» pueden solicitar este cambio, por lo que la modificación no supone ningún avance.

En el ámbito sanitario, la legislación relativa a la autonomía del paciente⁶ introduce la figura del menor maduro, como los menores emancipados o con 16 años cumplidos. Según esta ley, por debajo de los 12 años hay una presunción de falta de capacidad para decidir de forma autónoma. Entre los 12 y 16 años, la norma reconoce la posibilidad de actuación en el ejercicio de los derechos de la personalidad y en la toma de decisiones personales, siempre que el menor posea suficiente capacidad natural (capacidad de entendimiento y juicio necesario para comprender el alcance y las consecuencias del acto de que se trate y adoptar una decisión responsable). En el contexto de la salud, esta capacidad la decide un/una profesional sanitario/a, y en caso de dudas, un/una juez/a⁷.