

TRADUCCIÓN DEL ARTÍCULO: *Renunciando a las intervenciones sanitarias de bajo valor: ¿Cuánta evidencia es necesaria para cambiar las creencias?*

Scott IA, Elshaug AG. Foregoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs? Intern Med J. 2013 Feb;43(2):107-9.

No siempre es fácil dejar de lado las prácticas acuñadas por el tiempo que demuestran ser ineficaces o incluso perjudiciales. Hay una literatura creciente en torno a la manera de animar a los médicos para que ajusten su práctica a la evidencia científica sólida (1). La mayor parte de esta implementación o traslación de la investigación se ha centrado en explicar y superar la infrautilización de las intervenciones eficaces (2). El importante estudio CareTrack de la calidad de la atención sanitaria en Australia (3) estima que poco más del 40% de los pacientes elegibles no reciben una atención basada en la evidencia. Por otro lado, el uso generalizado de intervenciones ineficaces, que puede consumir hasta un 30% de los presupuestos sanitarios (4), ha recibido mucha menos atención en un momento en que los sistemas de salud están obligados, por las restricciones fiscales, a maximizar el beneficio para la salud por cada dólar invertido (5). Los médicos a menudo son reacios a renunciar a las prácticas clínicas establecidas a pesar de la evidencia aparentemente convincente para hacerlo. Por ejemplo, los estudios estadounidenses no mostraron una disminución en el uso de la intervención coronaria percutánea (PCI) para volver a abrir totalmente las arterias ocluidas relacionadas con el infarto más allá de 24 horas tras un infarto agudo de miocardio, a pesar de la publicación de un gran ensayo no mostró ningún beneficio y de la publicación de GPC revisadas (6). Una experiencia similar se ha observado en lo que respecta a su uso de PCI en pacientes con enfermedad arterial no crítica y estable (7). En muchos hospitales, los protocolos dicen que deben llevarse a cabo las baterías de pruebas preoperatorias, el reemplazo rutinario de cánulas intravenosas cada pocos días y la radiografía de pecho diaria en todos los pacientes, con independencia de la necesidad clínica, a pesar de la considerable evidencia de que son igualmente seguras y eficaces maniobras más selectivas y menos costosas (8). Una inútil y agresiva atención sanitaria, que se presta a pacientes en estado avanzado de enfermedad terminal, rebaja su dignidad y calidad de vida, mientras consume recursos.

También hay un potencial despilfarro y un posible daño cuando una intervención que ha demostrado ser eficaz en una población muy específica se aplica indebidamente a un espectro más amplio de pacientes para un beneficio nunca demostrado (deslizamiento de indicación). En más de uno de cada cinco desfibriladores automáticos implantables en los EE.UU. se insertan las indicaciones off-label para cuales no se ha evaluado su beneficio (9).

Para los financiadores sanitarios y responsables políticos es desconcertante la resistencia de los clínicos para abandonar las intervenciones cuya robusta evidencia revela que no son beneficiosas, o incluso son perjudiciales. La pregunta que cabe hacerse es: ¿Cuánta evidencia se necesita para cambiar su opinión?

Determinantes de la toma de decisiones

Los médicos argumentarán razonablemente que la evidencia ha de ser convincente antes de renunciar a prácticas que han resistido la prueba del tiempo y que, al menos en su experiencia personal, parecen seguras y han hecho algún bien. Sin embargo, lo que constituye una evidencia “convincente” está en gran medida en el ojo del observador, a pesar de que deban predominar: a) los factores epistémicos acerca de la confiabilidad de la investigación: objetividad, coherencia, plausibilidad clínica e informes no sesgados de los resultados; y b) el posible beneficio para el paciente individual: magnitud del efecto, aplicabilidad de los efectos del tratamiento “promedio de pacientes” a subgrupos específicos o poblaciones del mundo real no seleccionadas, tiempo para el efecto, y la valoración de los pacientes de los resultados

medidos (10). Sin embargo, sigue siendo incierto un umbral de “lo convincente” que pueda servir como un “punto de inflexión” para un cambio en las creencias colectivas, al menos en el mundo de la medicina, y es probable que difieran de un escenario clínico a otro.

Por otra parte, la evidencia científica no es el único determinante de la toma de decisiones clínicas. Varios factores cognitivos y no cognitivos pueden explicar la tendencia hacia la atención innecesaria (7,11-15), con muchos clínicos reflejando un deseo de evitar una potencial injusticia a los individuos al denegarles intervenciones que posiblemente podrían otorgarles algún beneficio (Tabla 1, al final). Sin embargo, mientras que estos factores sin duda son importantes, existen dos factores más fundamentales que pueden apuntalar la resistencia al cambio.

La disonancia cognitiva

La disonancia cognitiva es la incapacidad para conciliar nuevas pruebas con las creencias previas muy arraigadas que tanto se determinan como se refuerzan con la práctica rutinizada (pues se tiende a creer en lo que se hace, y como se hace, se cree) (16). Estas creencias son muy personales y están internalizadas sobre la base de la experiencia individual, la interpretación de las investigaciones anteriores, la exposición a las opiniones de los colegas respetados y la socialización dentro de las normas y tradiciones (o cultura) de la propia especialidad elegida. Lo que creemos (y queremos creer) está estrechamente ligado a la necesidad fundamental humana de pertenecer y buscar confort dentro de un grupo que comparte valores similares y perspectivas. Desafiando paradigmas profesionales actuales se corre el riesgo de ser expulsado del grupo y condenado al ostracismo. Algunos médicos pensadores pioneros han tenido que enfrentar y superar la disonancia cognitiva colectiva, como Ignaz Semmelweis (técnica séptica para prevenir la sepsis puerperal) y Barry Marshall (erradicación de *Helicobacter pylori* para prevenir la úlcera péptica recurrente).

Cuando la investigación apoya las creencias fuertemente arraigadas, los médicos aceptan más fácilmente las conclusiones –a pesar de defectos metodológicos importantes– y la utilizan para reforzar las prácticas actuales (17) o, en algunos casos, la añaden a la práctica actual, aun cuando la evidencia está lejos de ser definitiva (18). Por el contrario, cuando la investigación va en contra de las creencias fuertemente arraigadas, incluso desde múltiples estudios que incluyen pacientes representativos de la práctica cotidiana, ésta puede no ser persuasiva. Todo tipo de razones, incluyendo defectos en el diseño del estudio (tanto reales como imaginarios) y aplicabilidad limitada “a mis pacientes” pueden ser citados para desacreditar los resultados (19). Hay excepciones notables, principalmente informes que demuestran sin lugar a dudas graves daños de intervenciones realizadas a menudo, más aún si el paciente llega a enterarse de ellas, aumentando el riesgo de la responsabilidad médico-legal. Hubo una reducción inmediata en la prescripción de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres posmenopáusicas (20) y en el uso profiláctico con fármacos antiarrítmicos después de un infarto agudo de miocardio (21), tras los ensayos clínicos que mostraron un mayor riesgo de eventos adversos graves, información que se difundió rápidamente en la prensa generalista.

Autonomía profesional y reactancia psicológica

Los médicos valoran su autonomía y el ser percibidos como sólidos árbitros del conocimiento médico. El tener que aceptar una evidencia que va en contra de sus creencias y que refuta las que habían sido consideradas como intervenciones eficaces, puede amenazar su sentido de competencia, profesionalidad y libertad de elección. Esto puede incitar a un estado de la reactancia psicológica, una tendencia a resistir los percibidos intentos de los demás –especialmente aquellos fuera de su red profesional– para controlar la conducta (22). Las personas pueden reaccionar de una manera que afirme su capacidad para elegir y con frecuencia se vuelven más arraigadas en sus creencias originales. Una vez provocada, la reactancia puede aumentar la sensibilización a las amenazas adicionales contra la libertad de

elección, lo cual limita aún más la capacidad para el debate desapasionado. Hasta la fecha, la reactancia psicológica de los clínicos ha sido poco estudiada en la literatura médica, pues la mayoría de los informes han sido sobre la falta de adherencia del paciente al consejo médico (23).

Implicaciones para la práctica médica

Poniendo estos sesgos cognitivos a un lado, no hay lugar para el continuo apoyo de prácticas ineficaces o perjudiciales entre profesionales clínicos que basan su práctica y autoridad en la buena ciencia. Algunas investigaciones recientes han revelado más de 150 servicios clínicos de gran volumen del Programa de Beneficios de Medicare que son potencialmente de bajo valor, con casi la mitad siendo ineficaces o dañinos, sobre la base de múltiples ensayos y revisiones sistemáticas (8). La experiencia del pasado para alentar a los médicos a alinear la práctica con la mejor evidencia sugiere que las estrategias educativas de sensibilización, auditorías clínicas con retroalimentación, visitas académicas, y otras intervenciones hechas por profesionales, tienen un impacto limitado para reducir la atención sanitaria inadecuada (1).

Los financiadores y los responsables políticos consideran cada vez tales actividades como demasiado lentas y graduales. En consecuencia, ellos depositan más fe en las maniobras de “función forzada”, de las cuales las primeras y más importantes son los incentivos financieros (o, cada vez más, los desincentivos), en la creencia de que los médicos ya no harán las cosas si no son pagadas, o las harán si se les pagan. Los programas de financiación basados en valores, y pagados por un sistema de incentivos en EE.UU. y el Reino Unido, están buscando, con razón o sin ella, reducir la financiación de los servicios públicos subvencionados que se consideran de ningún valor y reasignar los recursos ahorrados a la atención sanitaria de mayor valor que aporta un mayor beneficio. Los llamados modelos de “pago global”, por ejemplo, proporcionan desincentivos claros para la inclusión de servicios de bajo valor en el conjunto que tiene un precio fijo para un paquete entero de atención sanitaria. Otras estrategias incluyen la notificación pública de estándares de calidad para los hospitales (y en el futuro, posiblemente para unidades individuales y especialistas) que incluyen tanto la sobreutilización como la infrautilización en la atención, la restricción del uso de ciertas intervenciones a las poblaciones estrechamente definidas de pacientes elegibles, proveedores altamente competentes para maximizar el beneficio, y el mayor uso de sistemas de bloqueo que no permiten ordenar o prescribir los tratamientos o pruebas diagnósticas seleccionadas. Como administradores de fondos pagados con impuestos, las autoridades australianas probablemente considerarán estos enfoques en el futuro cercano.

Si bien las intervenciones que son claramente de bajo valor representan la fruta madura en cualquier programa de reducción del despilfarro, son más difíciles intervenciones que están “en el margen”, donde existe una verdadera incertidumbre acerca de quién sí o no se beneficiará de ellas. No está en el interés de nadie recudir indiscriminadamente intervenciones de tal manera que se les niegue a los pacientes que claramente las necesiten. Si, como médicos, queremos evitar ser marginados en los debates acerca de minimizar el uso de intervenciones ineficaces o dañinas, y queremos reducir el riesgo de ser gobernados por decreto (con su inherente y potencial torpeza de consecuencias imprevistas), no tendremos más remedio que definir la atención sanitaria de bajo valor y responder a la pregunta: “¿cuánta evidencia es la suficiente para cambiar las creencias?”

Tabla 1: Sesgos tendentes a la asistencia sanitaria innecesaria

- Al clínico le pesa no administrar un tratamiento cuando pueda dar lugar a un beneficio (pesar de omisión), venciendo el pesar por las consecuencias de un tratamiento innecesario (pesar de comisión).
- Sesgo pro-intervención, especialmente entre los médicos más jóvenes, hacia la elección de una acción sobre la inacción, incluso si los beneficios marginales de acción son muy pequeños.
- Sesgo pro-tecnología e “innovación” por la creencia de que los nuevos tratamientos y tecnologías son superiores a sus predecesores.
- Deseo de complacer a los médicos referentes.
- Temor a la aprobación o al litigio del paciente por no hacer las cosas (medicina defensiva).
- Suministro impulsado por la demanda (deseo de la industria y los proveedores para generar ingresos en presencia de un exceso de capacidad).
- Sobreestimación por médicos y pacientes de los beneficios y seguridad del tratamiento.
- Sobreconfianza en el razonamiento fisiopatológico, o en las variables subrogadas que no necesariamente se traducen en beneficios importantes para el paciente.
- Guías de práctica clínica que carecen de una sólida base de pruebas o que están escritas por expertos con conflicto de intereses.
- Pago por servicio (que premia la cantidad y no la calidad de los servicios).

Recibido el 18 de diciembre de 2012. Aceptado el 18 de diciembre de 2012

doi:10.1111/imj.12065

I. A. Scott^{1,2} and A. G. Elshaug^{3,4}

¹Internal Medicine and Clinical Epidemiology, Princess Alexandra Hospital, ²University of Queensland, Brisbane, Queensland, ³School of Population Health, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia and ⁴Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

References

1. Scott IA, Glasziou PP. Improving healthcare productivity: the need for better translation of science into practice. *Med J Aust* 2012; 197:374–8.
2. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458–65.
3. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW et al. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust* 2012; 197:100–5.
4. Institute of Medicine. Learning what works best: the nation's need for evidence on comparative effectiveness in health care. National Academies, September 2007. [cited 2012 Dec 12]. Available from URL: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Quality/VSRT/ComparativeEffectivenessWhitePaperESF.ashx>
5. Katz MH, Grady D, Redberg RF. Undertreatment improves, but overtreatment does not. *Arch Intern Med* 2012. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.2361
6. Deyell MW, Buller CE, Miller LH, Wang TY, Dai D, Lamas GA et al. Impact of National Clinical Guideline recommendations for revascularization of persistently occluded infarct-related arteries on clinical practice in the United States. *Arch Intern Med* 2011; 171:1636–43.
7. Moscucci M. Behavioral factors, bias, and practice guidelines in the decision to use percutaneous coronary interventions for stable coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1573–5.
8. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust* 2012; 197: 556–60.
9. Al-Khatib SM, Hellkamp A, Curtis J, Mark D, Peterson E, Sanders G et al. Non-evidence-based ICD implantations in the United States. *JAMA* 2011; 305:43–9.
10. Tonelli MR. Compellingness: assessing the practical relevance of clinical research results. *J Eval Clin Pract* 2012;18: 962–7.
11. Lenzer J. Unnecessary care: are doctors in denial and is profit driven healthcare to blame? *BMJ* 2012; 345: e6230.
12. Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med* 2010; 103: 178–87.
13. Doust J, Del Mar C. Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ* 2002; 328: 474–5.

14. Emanuel EJ. What cannot be said on television about health care. *JAMA* 2007; 297: 2131–3.
15. Djulbegovic B, Paul A. From efficacy to effectiveness in the face of uncertainty: indication creep and prevention creep. *JAMA* 2011; 305:2005–6.
16. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
17. Kaptchuk TJ. Effect of interpretive bias on research evidence. *BMJ* 2003; 326:1453–5.
18. Guyatt GH, Briel M, Glasziou P, Bassler D, Montori VM. Problems of stopping trials early. *BMJ* 2012; 344: e3863.
19. Rubenfeld GD. Understanding why we agree on the evidence but disagree on the medicine. *Respir Care* 2001; 46:1442–9.
20. Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004; 291: 47–53.
21. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. *N Engl J Med* 1989; 321: 406–12.
22. Brehm SS, Brehm JW. *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. New York, NY: Academic Press; 1981.
23. Fogarty J. Reactance theory and patient noncompliance. *Soc Sci Med* 1997; 45:1277–88.