



Trabajo Original

Utilización de métodos mixtos para el diseño de una estrategia de desadopción de la dilatación y legrado de útero como herramienta diagnóstica

Use of mixed methods for the design of a strategy of desadoption of dilation and curettage of the uterus as a diagnostic tool

Antonio Olry de Labry Lima^{1,2,3}, Mariola Bernal-Solano^{1,2}, Pedro Jesús Sánchez Sánchez^{4,5}, Clara Bermúdez Tamayo^{1,2,3}

¹ Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ² CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. ³ Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.Granada. Hospitales Universitarios de Granada/Universidad de Granada. Granada. ⁴ UGC de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. ⁵ Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO)

Resumen

Objetivo: presentar un ejemplo de metodología para la desadopción de una tecnología sanitaria; para ello se plantearon tres objetivos: describir las tasas de uso del legrado uterino diagnóstico en Andalucía y, por otro lado, priorizar las estrategias de intervención para la desadopción del legrado con fines diagnósticos y analizar las barreras y elementos facilitadores para esas estrategias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Material y métodos: se utilizó una metodología de métodos mixtos. En una primera fase se pretendía identificar centros con mejores prácticas, mediante un diseño de serie temporal descriptiva. Para ello se analizó la evolución de las tasas de legrado con fines diagnósticos para el período 2008-15 para los 40 hospitales públicos de Andalucía (España), mediante una regresión de *joint point*. En la segunda fase, para identificar los elementos claves para el diseño de intervenciones para la desadopción de la técnica, se utilizaron 2 pasos, el primero mediante una técnica de consenso (Delphi modificado), y posteriormente un taller y grupo de discusión.

Resultados: en el año 2015 se realizaron 1.433 procedimientos de legrado con fines diagnósticos (tasa cruda de 4,2 por cada 10.000 mujeres mayores de 15 años). Entre los años 2008 y 2015 se observó una disminución en el uso del legrado del 44,4%, siendo de 3,4 puntos por 10.000 mujeres en términos de tasa cruda. La fase cualitativa mostró que los profesionales sanitarios de centros con mejores prácticas priorizaron cinco de las posibles intervenciones. Por último, en el grupo de discusión se refirieron barreras fundamentalmente en aspectos relacionados con la disponibilidad de recursos (alternativas disponibles) y con la toma de decisiones compartida.

Conclusiones: el proceso de desadopción se está produciendo lentamente. Entre los facilitadores para la desadopción destaca la disponibilidad de alternativas; por el contrario, como barrera se mencionó la carga asistencial y las dificultades para la toma de decisiones compartidas. Por último, según se puede deducir de las intervenciones priorizadas, el profesional sanitario debe ser la diana de las intervenciones.

Abstract

Objective: Present an example of methodology for the desadoption of a sanitary technology; for this, three objectives were proposed: The description of the rates of use of diagnostic uterine curettage in Andalusia and, on the other hand, prioritize the intervention strategies for the desadoption of the curettage for diagnostic purposes and analyze the barriers and facilitating elements for these strategies in the Andalusian Health System.

Material and methods: A mixed-method methodology was used in order to identify those centers with best practices, through a descriptive time series design. The evolution of curettage rates for diagnostic purposes for the period 2008-15 was analyzed for the 40 public hospitals of Andalusia (Spain), thru a joint point regression. In the second phase, to identify the key elements for the design of interventions for the desadoption of the technique, 2 steps were used, the first using a consensus technique (modified Delphi) and finally, a workshop and discussion group.

Results: In 2015, 1,433 curettage procedures were performed for diagnostic purposes (crude rate of 4.2 per 10,000 women over 15 years of age). Between 2008 and 2015, there was a decrease of curettage use, of 44.4%, being 3.4 points per 10,000 women in terms of crude rate. The qualitative phase showed that health professionals, from centers with best practices, prioritized 5 of the possible interventions. Lastly, in the discussion group, barriers mainly related to the availability of resources (available alternatives) and shared decision-making were referred.

Conclusions: The process of desadoption is taking place slowly. Among the facilitators for the desadoption stand out the availability of alternatives; on the contrary, the burden of care and the difficulties in making shared decisions were mentioned as a barrier. Finally, as can be deduced from the prioritized interventions, the health professional must be the target of the interventions.

Palabras clave:

Desadopción.
Procedimiento
diagnóstico.
Legrado. Útero.

Key words:

Desadoption.
Diagnosis
procedure.
Curettage. Uterus.

Recibido: 01/07/2019
Aceptado: 09/07/2019

Olry de Labry Lima A, Bernal-Solano M, Sánchez Sánchez PJ, Bermúdez Tamayo C. Utilización de métodos mixtos para el diseño de una estrategia de desadopción de la dilatación y legrado de útero como herramienta diagnóstica. Prog Obstet Ginecol 2019;62(6):548-558.
DOI: 10.20960/j.pog.00244

Correspondencia:

Clara Bermúdez Tamayo
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Apartado de Correos 2070
18080 Granada
e-mail: clara.bermudez.easp@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, existen varias iniciativas, lideradas por las sociedades científicas, cuyo objetivo es reducir el uso de determinadas tecnologías sanitarias con dudoso valor o que pueden llegar a ser dañinas. Se entiende como procedimiento (clínico o quirúrgico) con bajo o dudoso valor aquel que no muestra efectividad clínica, no resulta coste-efectivo o cuya efectividad o eficiencia son marcadamente marginales o muy inferiores a sus alternativas disponibles, o, aun siendo efectivo, se realiza en circunstancias no indicadas, en las que los beneficios para el paciente son prácticamente nulos e incluso pueden generar efectos negativos, o distintos a los esperados. La primera iniciativa comenzó en el año 2005 por el The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (*Do not do*), y posteriormente comenzaron otras, destacando *Choosing wisely* (1-3). Estas iniciativas conllevan una reflexión sobre las implicaciones éticas, de seguridad y eficiencia en el uso de estas tecnologías. Así, tanto a nivel internacional como nacional existe un listado de tecnologías para reducir el uso de estas prácticas de atención médica con bajo valor.

En el marco del proyecto *Atlas de variabilidad en la práctica médica en España*, se desarrolló un subproyecto de identificación, selección y definición de los procedimientos de escaso valor a partir del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD), que fue llevado a cabo por todas las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Españolas (Andalucía [AETSA], Cataluña [AQUAS], Galicia [Avalia-t], País Vasco [Osteba] y Aragón [IACS]). El proceso constó de las siguientes fases: 1) revisión de la literatura; 2) elaboración de un listado preliminar de procedimientos de dudoso valor; 3) codificación de los procedimientos escogidos y construcción de los indicadores; y 4) validación empírica de los indicadores definidos (4,5). Uno de los procedimientos identificados que no aportan valor fue la realización del legrado uterino diagnóstico, en aquellos casos en que exista sospecha de patología endometrial. Hay que tener en cuenta que existen diferentes técnicas ambulatorias que han mostrado ser más efectivas y seguras, y con menor coste (6,7). Por todo ello, el objetivo de este trabajo es presentar un ejemplo de metodología para la desadopción de una tecnología sanitaria; para ello se plantearon tres objetivos: en primer lugar, descripción de las tasas de uso del legrado uterino diagnóstico en Andalucía; en segundo, priorizar las estrategias de intervención para la desadopción del legrado con fines diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA); y, por último, analizar las barreras y elementos facilitadores de la implantación de programas de desadopción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos del trabajo se planteó la combinación del marco de implementación (CFIR) y el

marco de dominios teóricos (TDF) (8). Según TDF, consideramos 3 componentes: 1) los determinantes contextuales, 2) el proceso de implementación, y 3) la interacción entre el contexto de aplicación y la intervención. Según CFIR, consideramos 3 elementos claves, que interactúan entre sí: evidencia (E), contexto (C) y facilitadores (F) y el desarrollo de una estrategia de implementación a partir de estos elementos para conseguir un cambio de prácticas.

Para ello se utilizaron métodos mixtos (9), con un diseño explicativo secuencial, en el cual los resultados cuantitativos informan a la realización de los elementos cualitativos. En la primera fase se recopilaron los datos cuantitativos, donde se identificó a aquellos centros con un menor uso de este procedimiento (E-evidencia). En la segunda fase, en primer lugar se identificaron los elementos clave de las intervenciones para la desadopción en el sistema sanitario mediante un Delphi modificado (C-contexto y F-facilitadores) y posteriormente, para ayudar a la interpretación de toda la información, se utilizó un abordaje cualitativo, recogiendo la opinión y comentarios de los profesionales sanitarios para explicar barreras y elementos facilitadores respecto a su utilización, para complementar y enriquecer la información obtenida en ambas fases.

Fase 1. Abordaje cuantitativo

Se utilizó un diseño de serie temporal descriptiva. La unidad de análisis fueron las tasas anuales de los centros hospitalarios del SSPA, para el período 2008-2015. Así, los indicadores deben interpretarse desde la perspectiva de provisión del servicio (proveedores).

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Nº de procedimientos de dudoso valor observados (A)}}{\text{Población de referencia para ginecología (B)}}$$

A: el número de legrados con fines diagnósticos a mujeres > 15 años, de la especialidad de ginecología, observados para cada hospital andaluz (período 2003-2015) (códigos CIE-9: 69.09 y 69.59). B: las poblaciones de referencia de las distintas especialidades médicas de los hospitales andaluces (período 2008-2015).

A partir de las tasas se estimó el exceso de casos de legrado; para ello se estimó como referencia una tasa cruda igual a aquella del percentil 10 de los hospitales del SNS. Esto representa el impacto en número absoluto de intervenciones de bajo valor en términos de exceso de casos observados en un hospital con respecto a lo que se esperaría si tuviese el desempeño de las áreas que ocupan el percentil 10 de la distribución de tasas (4).

Fuente de información: el número de procedimientos de cada hospital se obtuvo del CMBD, mientras que las poblaciones de referencia de las distintas especialidades médicas para el período 2008-2015, fueron proporciona-

das por la Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información del Servicio Andaluz de Salud.

Análisis: la magnitud de la evolución de las tasas crudas durante el período de estudio se analizó mediante una regresión *joint point*, la cual permite determinar cambios significativos en la tendencia, asumiendo linealidad y permitiendo un cambio de tendencia como máximo (10). Los resultados expresan los años (período de tiempo) que componen cada tendencia, el porcentaje de cambio anual (PCA) y sus intervalos de confianza, así como el posible cambio de tendencia. El resultado de cada uno de los indicadores se presenta ordenado según la clasificación de hospitales del SSPA: regionales (N1), de especialidades (N2), comarcales (N3 y N4) y aquellos de alta resolución (N5).

Fase 2. Abordaje cualitativo

Se utilizaron 2 pasos, la primera de ellas fue una técnica de consenso (Delphi modificado) y posteriormente un taller y grupo de discusión. En todos ellos los profesionales participantes fueron aquellos pertenecientes a los centros identificados con menor uso, así como representantes de las sociedades científicas correspondientes. Se les enviaron los resultados de la primera fase, junto con dos documentos que recogen las últimas evidencias científicas sobre el legrado diagnóstico.

Priorización de las intervenciones: se utilizó la técnica de consenso (Delphi modificado) para establecer los componentes necesarios para el diseño de la estrategia de desadopción (11). En primer lugar, todos los participantes recibieron un informe sobre la evidencia de intervenciones de implementación (en este caso desadopción) disponibles en la evidencia científica (12). El cuestionario utilizado en el Delphi fue elaborado y revisado por personas expertas, cuyas opciones respuesta oscilaron entre 1 y 5, donde una mayor puntuación representaba una mayor aceptabilidad y factibilidad. El procedimiento de priorización se realizó a través de rondas de consulta, incluyendo 2 criterios de priorización: aceptabilidad (que, teniendo en cuenta las características del entorno, recursos, etc., la desadopción sea digna de ser aceptado por los profesionales) y factibilidad (facilidad para la eliminación de la práctica: viabilidad de dejar de hacer la práctica, considerando las posibles barreras del sistema y del paciente). Se planteó un proceso iterativo de hasta 3 rondas para conseguir el consenso, considerándose un elemento clave cuando obtuvo una puntuación ≥ 4 y desviación estándar $\leq 0,6$.

Taller y grupo de discusión, para identificar aquellos factores de éxito y las barreras de las intervenciones de desadopción de prácticas en los centros sanitarios, según el marco TDR (13). En el grupo se abordaron los siguientes temas: el guion de entrevista (Anexo 1) (accesibilidad/disponibilidad de evidencias, políticas y gestión de

la atención médica; características del hospital; conocimiento, motivaciones y actitudes de los profesionales de la salud; y los conocimientos, motivaciones y actitudes de los pacientes). El grupo tuvo una duración de 53 minutos, fue grabado en audio y posteriormente transcrito. El material obtenido se sometió a un análisis de contenido para extraer facilitadores y barreras para la desadaptación según los diferentes niveles de intervención. Se consideró evidencia "limitada" cuando la intervención fue exitosa en algún aspecto pero poco clara/sin éxito en otro, mientras que la evidencia "puede ser efectiva" se definió efectiva cuando la intervención fue exitosa en la reducción del uso de los servicios de bajo valor; por último, se consideró "efectiva" cuando la intervención fue exitosa en la reducción del uso de los servicios de bajo valor.

Aspectos éticos: todos los profesionales participantes aceptaron tomar parte en el estudio. Los datos cuantitativos estaban agregados, no pudiéndose identificar a los pacientes que fueron sometidos a este procedimiento.

RESULTADOS

En Andalucía, en el año 2015, se realizaron 1.433 procedimientos de legrado con fines diagnósticos en mujeres mayores de 15 años, siendo la tasa cruda de 4,2 por cada 10.000 mujeres mayores de 15 años, la sexta del Sistema Nacional de Salud (Tabla I).

Analizando la tasa del uso de legrado según el tamaño del hospital se observa que la mayor variación fue para los hospitales comarcales, con una amplitud de 17 puntos por 10.000 (rango 0,5 y 17,5), seguido de los hospitales de alta resolución, con 16,2 puntos (rango 1,2 y 17,4). Por el contrario, la menor variación fue para los hospitales regionales, donde la tasa de legrado osciló entre 1,7 y 10,4, lo que supone una amplitud de 8,7 puntos, seguidos de los hospitales de especialidades, donde la variación de tasas fue de 11,6 puntos por 10.000 (oscilando entre 0,9 y 12,5). Es de destacar que a partir de estos datos se estimó un exceso en el volumen de casos de legrado, obteniéndose que un total de 1.254 procedimientos (el 87,5%), no debieron haberse realizado (Tabla II).

La tabla III y la figura 1 muestran los resultados del análisis de tendencia de la evolución temporal para el período 2008-2015 de las tasas crudas por 10.000 en mujeres mayores de 15 años de aquellos hospitales andaluces que tuvieron cambios significativos en su tendencia. Así, en Andalucía, entre los años 2008 y 2015, se observó una disminución en el uso del legrado, pasando de 2.578 casos a 1.433 en el año 2015; esto supone una disminución del 44,4%. En términos de tasa cruda esta disminución global fue de 3,4 puntos por 10.000 mujeres. Cabe destacar que todos los hospitales del nivel 1 mostraron una reducción en uso, siendo significativa para 4 de ellos. En cuanto a los hospitales de alta resolución (N5), se observó una ten-

Tabla I.

Número de episodios y tasas de procedimientos de bajo valor por CCAA. Año 2015

	Legrado	Tc Legrado
Andalucía	1.433	4,2
Aragón	264	4,7
Asturias	339	6,9
País Vasco	113	2,4
Valencia	324	3,6
Cataluña	119	4,5
Canarias	489	5,7
Navarra	283	2,6
Murcia	1.015	3,2
Baleares	365	1,7
Galicia	335	7,1
Extremadura	485	3,8
La Rioja	30	2,2
Cantabria	919	3,3
Castilla-La Mancha	124	2,1
Madrid	86	3,1
Castilla y León	156	1,6
	6.879	3,4

Tc Legrado: tasa cruda por 10.000 mujeres mayores de 15 años.

dencia al desuso en dos de los cuatro hospitales (en uno de ellos el cambio fue significativo); por el contrario, en los otros dos se observó un aumento en su uso, siendo significativo en uno de ellos. En general, en el resto de hospitales (N2-N4) se puede observar una tendencia a la desadopción.

Identificación de posibles intervenciones

En cuanto al estudio cualitativo, en la tabla III se muestran los diferentes tipos de intervenciones para la realización de la intervención para la desadopción del legrado con fines diagnósticos. Así, en una primera fase de los 10 tipos de intervenciones, cuatro de ellas fueron priorizadas (*Clinical pathways*, Apoyo del equipo clínico, Formación de los clínicos y *Feedback*), mientras que otra intervención (Apoyo a la decisión de los profesionales) fue priorizada en la segunda ronda. Todas las intervenciones presentaban una evidencia "limitada", a excepción de la intervención *Feedback* que mostró una evidencia de "puede ser efectiva" (12).

Barreras y facilitadores para la desadopción

En cuanto a la segunda parte del abordaje cualitativo, es decir, la identificación de los factores de éxito y las barreras de las intervenciones para la desadopción de prácticas en los centros, se han encontrado fundamentalmente aspectos relacionados con las técnicas alternativas y con la toma de decisiones compartidas.

Facilitadores identificados

LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES SON EFECTIVAS Y PERMITEN ADEMÁS EL TRATAMIENTO

El elemento facilitador más relevante para la desadopción fue la existencia de alternativas diagnósticas (ecografía transvaginal, sonohisterografía, histeroscopia y citología), ya que se consideraron como técnicas no complejas, con buena exactitud diagnóstica. Concretamente, destacaron la histeroscopia, ya que ha demostrado su efectividad; adicionalmente, muestra la ventaja de poder hacer un tratamiento, evitando que persista la sintomatología.

Es una técnica (histeroscopia) impulsada por los profesionales, que han visto una oportunidad (M4). Además, a partir de las reuniones científicas se demuestra la eficacia que tiene (R).

La histeroscopia ayuda a mejorar el diagnóstico. Luego se puede hacer un tratamiento, y con el tratamiento evitar que persista el síntoma, y se ha ahorrado no solamente el legrado (M3).

Barreras identificadas

LA TÉCNICA ALTERNATIVA DISPONIBLE ES TÉCNICAMENTE SIMPLE

Los profesionales consideraron que la formación en la histeroscopia no era una barrera para la desadopción, ya que no es técnicamente compleja. No obstante, la formación era pagada fundamentalmente por la industria o a costa del propio profesional.

"...ha habido la capacitación técnica de la histeroscopia que, en principio, ser histeroscopista cuesta muchos años, pero hacer una histeroscopia básica no es técnicamente muy complejo, entonces eso ha sido una facilidad" (M3).

"La formación siempre, (...) por parte exclusiva del profesional, no por parte de la empresa, que nunca ha... o ha participado de forma muy sesgada en el tema, siempre ha sido a través de las sociedades científicas, cursos y demás. A veces han costado su propia formación" (R).

"Es la industria la que ha pagado" (M4).

Tabla II.
Análisis de tendencia de las tasas crudas de legrado con fines diagnósticos en Andalucía.
Años 2008-2015†

Hospital	Casos (Tc) 2008	Casos (Tc) 2015	Exceso Casos 2015	Período	PCA	LI IC95%	LS IC95%	
Hospital regional (N1)	Hospital 1	146 (6,0)	99 (4,0)	85	2008-2015	-5,6	-19,2	10,2
	Hospital 2	234 (11,1)	38 (1,7)	25	2008-2015	-21,7*	-34,1	-7,1
	Hospital 3	56 (2,8)	1 (0)	ND	ND	ND	ND	ND
	Hospital 4	366 (24,8)	161 (10,5)	152	2008-2015	-10,3*	-17,3	-2,8
	Hospital 5	36 (3,5)	48 (4,5)	42	2008-2015	2	-4,3	8,8
	Hospital 6	156 (5,1)	57 (2,1)	71	2008-2015	-8,8*	-15,6	-1,3
Hospital de especialidades (N2)	Hospital 7	99 (4,9)	83 (4,1)	41	2008-2012	-28,1*	-43,5	-8,3
					2012-2015	69,3*	15,4	148,3
	Hospital 8	28 (2,0)	13 (0,9)	4	2008-2015	-12,7	-24,1	0,5
	Hospital 9	47 (3,4)	238 (12,5)	227	2008-2011	62,4*	21,3	117,4
					2011-2015	-0,6	-17,4	19,5
	Hospital 10	261 (26,9)	14 (1,4)	8	2008-2015	-33,9*	-42,3	-24,4
	Hospital 11	217 (20,9)	130 (11,9)	124	2008-2015	-8,1*	-14,4	-1,4
	Hospital 12	138 (8,3)	40 (3,7)	34	2008-2015	-7,6	-34,9	31,1
	Hospital 13	73 (5,8)	18 (2,1)	13	2008-2015	-17,4	-32,6	1,1
	Hospital 14	106 (5,5)	117 (5,7)	105	2008-2015	0,7	-3,5	5,2
Hospital 15	29 (3,0)	30 (3,1)	24	2008-2015	9,9	-3,7	25,5	
Hospital comarcal (N3 y N4)	Hospital 16	8 (1,2)	3 (0,6)	0	2008-2015	-6,7	-32	28,1
	Hospital 17	84 (15,5)	91 (16,4)	88	2008-2015	1,3	-2,9	5,6
	Hospital 18	21 (3,8)	6 (1,0)	3	2008-2015	-18,9*	-29,7	-6,5
	Hospital 19	60 (14,5)	25 (5,1)	22	2008-2015	-16,6*	-26,1	-5,8
	Hospital 20	3 (0,3)	1 (0,1)		ND	ND	ND	ND
	Hospital 21	15 (5,0)	3 (1,0)	1	2008-2015	-21,4*	-26,5	-15,9
	Hospital 22	12 (2,0)	3 (0,5)	0	2008-2015	-0,7	-24,3	30,2
	Hospital 23	8 (2,2)	1 (0,4)	0	2008-2012	36,1	-28,6	159,2
					2012-2015	-60	-85,6	10,8
	Hospital 24	50 (11,4)	50 (11,1)	47	2008-2015	5,1	-3	13,9
	Hospital 25	47 (12,4)	11 (2,9)	9	2008-2015	-18,2*	-28,4	-6,6
	Hospital 26	127 (22,4)	42 (7,0)	39	2008-2015	-13,7	-27,2	2,2
	Hospital 27	4 (1,3)	6 (2,0)	4	2008-2015	6,7	-21,5	45
	Hospital 28	15 (5,5)	11 (4,0)	9	2008-2015	-3,1	-12,7	7,6
	Hospital 29	16 (3,1)	13 (2,5)	10	2008-2015	13,1	-7,2	37,9
Hospital 30	27 (2,6)	5 (0,4)	0	2008-2015	-19,3*	-26	-12	
Hospital 31	2 (0,8)	11 (4,3)	9	2008-2015	23,8	-0,9	54,6	

Tabla II.
Análisis de tendencia de las tasas crudas de legrado con fines diagnósticos en Andalucía.
Años 2008-2015† (cont.)

Hospital	Casos (Tc) 2008	Casos (Tc) 2015	Exceso Casos 2015	Período	PCA	LI IC95%	LS IC95%	
Hospital alta resolución (N5)	Hospital 32	0 (0)	0 (0)	ND	ND	ND	ND	
	Hospital 33	2 (0,8)	1 (0,3)	0	ND	ND	ND	
	Hospital 34	51 (21,9)	4 (1,6)	3	2008-2015	-30,2*	-39,6	-19,4
	Hospital 38	0 (0)	2 (4,2)	2	ND	ND	ND	ND
	Hospital 35	12 (5,6)	-	0	2008-2015	47,6*	15,1	89,3
	Hospital 36	12 (5,2)	40 (17,1)	39	2008-2015	2,2	-18,5	28,1
	Hospital 37	0 (0)	2 (1,0)	1	ND	ND	ND	ND
	Hospital 38	10 (5,4)	9 (7,2)	8	ND	ND	ND	ND
	Hospital 39	ND	1 (0,9)	0	2011-2015	-41,4	-67,9	7
	Hospital 40	ND	5 (3,9)	4	ND	ND	ND	ND
SSPA	2.578 (7,6)	1.433 (4,2)	1.254	2008-2015	3,4			

* Tasa de variación anual, en tantos por cien, significativamente diferente de cero para un nivel de significación del 5%. PCA: porcentaje de cambio anual; LI95%: límite inferior al 95%; LS95%: límite superior al 95%; Tc: tasa cruda por 10.000 mujeres mayores de 15 años. ND: no disponible; debido al bajo número de casos, estos centros fueron excluidos de los análisis. † 1 Hospital N1, 1 hospital N3 y N4 y 6 hospitales de alta resolución (N5).

LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES SON MOLESTAS PARA LA MUJER Y REQUIEREN MÁS TIEMPO DEL PROFESIONAL

Se refirió como barrera para la desadopción que la histeroscopia sea más molesta para las mujeres, y puede ocupar más tiempo del profesional sanitario.

"La histeroscopia es más... más molesta, porque es sin anestesia y es una técnica molesta, más molesta, requiere una serie de gastos, y bueno, ocupa más tiempo profesional (M3). Que no es una técnica (histeroscopia) completamente inocua ¿eh? (...) Ni barata" (R).

"Que yo pienso que en la histeroscopia con anestesia tú te quedas enormemente tranquilo, pues sí, te quedas enormemente tranquilo; pero ese no es el tema, la tranquilidad de un médico, estamos hablando de la eficiencia de la atención al paciente" (R).

DIFICULTADES PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

En cuanto a la toma de decisiones por parte de la mujer, se comentó que puede existir una visión paternalista de la asistencia médica. Así, se refirió que no se suelen explicar con suficiente detalle las ventajas e inconvenientes, ya que consideran que estas pruebas no son relevantes, ni requieren hospitalización, además de la presión asistencial y la falta de tiempo.

Por otra parte, las mujeres de este grupo suelen ser mayores y con baja alfabetización en salud, lo cual dificulta la comunicación.

"Cuando les decía a las pacientes que les iba a hacer un legrado a ellas les sonaba a intervención quirúrgica, y les dices que les vas a hacer una histeroscopia y también les a suena lo mismo" (M3).

"Las pacientes lo que ocurre es que interpretan que están enfermas y que hay que hacer esa intervención, sea un legrado, sea una histeroscopia, entonces lo cuestionan menos que cuando tú le abres el abanico de posibilidades y de alternativas y demás ¿no? Ella entiende que tiene una enfermedad, que es un sangrado que puede ser algo, y aceptan lo que tú les digas prácticamente. Entonces ahí no ha habido una decisión por parte del paciente. Que le guste más o le guste menos, a nadie le gusta operarse, pero lo interpretan como que están enfermas y tienen algo o pueden tener algo, entonces lo asumen mejor que otro tipo de..." (R).

"Se le da una información y se le dice, 'Te voy a hacer esto', pero no se le dice... que a lo mejor sería lo médicamente correcto. O sea, tengo varias posibilidades de llegar a un diagnóstico, una sería una prueba aquí, en consulta, sobre la marcha, con estas ventajas y estos inconvenientes" (M4).

"Yo creo que, porque realmente no nos parece muy relevante lo que le vamos a hacer al paciente, no es una

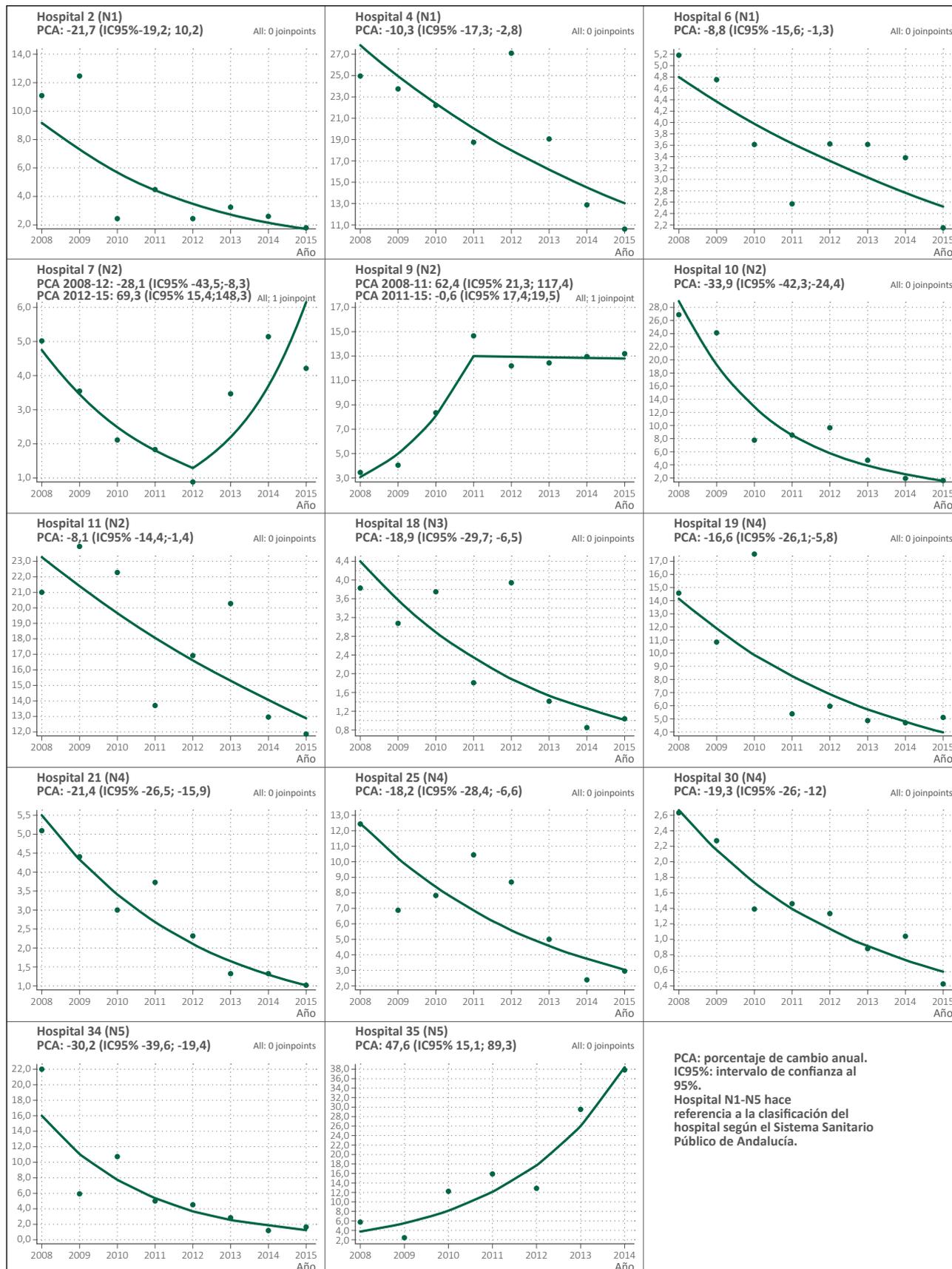


Figura 1. Evolución temporal de las tasas crudas del legrado diagnóstico en los hospitales del SSPA.

Tabla III.
Estrategias priorizadas mediante consenso (Delphi modificado)

		Aceptabilidad Promedio (DS)	Factibilidad Promedio (DS)
Primera ronda			
1	Formación directa a la mujer	3,33 (0,58)	1,67 (0,58)
2	Formación colaborativa a la mujer	3,33 (0,58)	1,00 (0,00)
3	Costes compartidos con las mujeres	2,00 (1,00)	1,33 (0,58)
4	Informes comparativos de los proveedores	2,67 (0,58)	2,67 (1,15)
5	Restricciones para su realización	2,33 (1,53)	3,00 (1,73)
6	Apoyo a la decisión de los profesionales	3,33 (0,58)	3,67 (1,53)
7	<i>Clinical pathways</i>	4,67 (0,58)	5,00 (0,00)
8	Apoyo del equipo clínico	4,67 (0,58)	4,00 (0,00)
9	Formación de los clínicos	4,67 (0,58)	4,33 (0,58)
10	<i>Feedback</i>	5,00 (0,00)	4,33 (0,58)
Segunda ronda			
1	Formación directa a la mujer	2,67 (0,58)	1,67 (0,58)
2	Formación colaborativa a la mujer	2,00 (0,00)	1,33 (0,58)
3	Costes compartidos con las mujeres	2,33 (2,31)	1,00 (0,00)
4	Informes comparativos de los proveedores	2,67 (0,58)	3,00 (1,00)
5	Restricciones para su realización	2,33 (1,53)	3,00 (1,73)
6	Apoyo a la decisión de los profesionales	3,33 (0,58)	4,33 (0,58)
Tercera ronda			
1	Costes compartidos con las mujeres	1,33 (0,58)	1,33 (0,58)
2	Informes comparativos de los proveedores	3,00 (0,00)	2,33 (1,15)
3	Restricciones para su realización	3,33 (0,58)	2,00 (1,00)

Nota: en amarillo, intervenciones eliminadas; en verde, intervenciones priorizadas.

intervención grave, no es una hospitalización, no es nada que vaya a alterar considerablemente su calidad de vida ni haya que hacer una decisión u otra y la diferencia no es tan grande como para que merezca la pena ahondar mucho en el tema" (M3).

"Y la presión asistencial tampoco te lleva a tener mucho tiempo para contar cada cosa que haces en la consulta. Eso son técnicas más o menos... leves, por así decirlo, en las que tampoco nos comemos mucho la cabeza con las explicaciones" (M3).

DISCUSIÓN

Diferentes organizaciones internacionales han publicado recomendaciones para no realizar el legrado con

finos diagnósticos (2,14-17). A pesar de ello, en el año 2015 en Andalucía se observaron un total de 1.433 procedimientos, lo que supone una tasa cruda de 4,2 procedimientos cada 10.000 mujeres. Cabe destacar que en general para el período 2008-2015 se observó un descenso en las tasas de uso, aunque en determinados centros hospitalarios se experimentó un crecimiento. Creemos que este hecho justifica la elección de esta tecnología como ejemplo de desasopción de una tecnología sanitaria. Así, lo importante de este artículo es presentar a la metodología CFIR como un método fácil y versátil para la desadopción de tecnologías sanitarias y que permite la integración de diferentes agentes y perspectivas.

En la literatura científica se describen diferentes elementos facilitadores para la desadopción de tecnologías

sanitarias (15-17): (1) la participación de las diferentes partes interesadas, especialmente de los facultativos, para mejorar la aceptación de las decisiones; (2) que la intervención esté adaptada a la población y contexto diana; (3) discusión y sensibilización antes y durante la intervención para la desadopción. En cuanto a las barreras descritas, son: (1) la necesidad de recursos para la implementación; (2) se necesita una buena base de evidencia tanto para la identificación de tecnologías como para la formulación de recomendaciones basadas en evidencia; (3) la falta de apoyo y la ausencia de un liderazgo para promover una imagen positiva del proceso con las partes interesadas; (4) como un elemento fundamental se describen los aspectos culturales y la actitud receptiva por parte de los profesionales.

Así, desde el SSPA se están utilizando metodologías mixtas para el diseño de intervenciones cuyo objetivo final es el diseño de una intervención para la desadopción de aquellas intervenciones de bajo valor. Concretamente, para minimizar estas barreras se realizó un análisis de la utilización de uso en el SSPA para permitir que la intervención se adapte a la realidad del centro y ofrecer la mejor evidencia disponible, y para ello se ha realizado una revisión estructurada de la literatura. Por último, para garantizar la participación de las diferentes partes interesadas, se contó con el apoyo de profesionales sanitarios de los centros asistenciales, de las organizaciones científicas y de la Consejería de Salud.

Alguno de los aspectos que salieron en la parte cualitativa de este proyecto coinciden con los descritos en la literatura. Además, más concretamente, se señalaron como elementos facilitadores las alternativas disponibles (ecografía transvaginal, sonohisterografía, histeroscopia y citología mediante distintos tipos de cepillado); entre ellas se destacó la sonohisterografía como método preciso, que no requiere anestesia, y puede ser realizada en el ámbito de la atención ambulatoria; además la biopsia endometrial se puede realizar mediante microlegas o cánulas de aspiración (7,18-20).

Se ha estimado que una tercera parte de los gastos de salud se debe a procedimientos con bajo valor, ofreciendo la desadopción un gran potencial para generar ahorros muy necesitados (21). Por ello resulta de especial importancia realizar esfuerzos para maximizar la eficiencia del sistema sanitario, sin perder en calidad. Así, una aproximación al impacto presupuestario del ahorro de la desadopción del legrado, teniendo en cuenta un coste del procedimiento de 1573,6 € y el número de procedimientos del año 2015 (n = 1.433), supondría un ahorro potencial de 2.255.040 € (IC95% 2.120.700 €-2.389.381 €).

En cuanto a las intervenciones priorizadas por los profesionales llama la atención que todas ellas colocan al profesional sanitario como eje central de la decisión en la atención sanitaria. Así, la intervención basada en la formación de los clínicos ha demostrado que se consiguen mejores

resultados cuando las acciones formativas son multicomponente, y cuentan con el apoyo clínico continuo, aunque sean más costosas. En cuanto a la intervención basada en el *feedback*, la evidencia muestra que estas intervenciones pueden ser efectivas cuando incluyen información a los profesionales sobre su tasa de uso (también área sanitaria o del centro), e información para el cambio de prácticas y herramientas de mejora. En relación a intervenciones de apoyo al equipo clínico, destacar que existe poca evidencia disponible sobre las implicaciones de otros profesionales (farmacéuticos o enfermeras) en las sesiones clínicas con discusión de casos. En cuanto al apoyo a la decisión a los profesionales a través de alertas en el ordenador, indicando que es una actividad no recomendada, conlleva consecuencias no deseadas, como la fatiga y la saturación de información. Por último, una intervención priorizada que está más centrada en la organización son las vías clínicas (*Clinical Pathways*) que restringen la realización del procedimiento (22).

Este trabajo tiene una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta para la interpretación de los resultados. En primer lugar, puede existir un error en las codificaciones que probablemente hubieran sobreestimado las tasas del legrado en los centros evaluados. Por otro lado, las personas participantes en las fases de la parte cualitativa eran aquellos profesionales de los centros que mostraron un menor uso de esta técnica. Así, estas personas podían, probablemente, enriquecer el grupo con su experiencia en la desadopción, pero puede que esta experiencia no sea generalizable a todos los centros o existan determinadas características que lo impidan.

CONCLUSIONES

Este trabajo presenta una de las iniciativas llevadas a cabo por el SSPA para reducir el uso de aquellas intervenciones que aportan poco valor y por ello deben ser desadoptadas. Así, en primer lugar, aunque el proceso de desadopción se está produciendo, este es más lento de lo que los autores estimaban. En cuanto a los elementos facilitadores y las barreras, hay que destacar que, aunque se señalaron como facilitadores del proceso las alternativas tecnológicas, la carga asistencial dificulta la desadopción. Por último, según se puede deducir de las intervenciones priorizadas, el profesional sanitario debe ser la diana de las intervenciones.

En otras Comunidades Autónomas se están efectuando esfuerzos para dejar de hacer aquellas procedimientos con escaso valor (23). Por ejemplo, el Proyecto Essencial (AQuAS) ha identificado prácticas innecesarias y elaborado recomendaciones para evitarlas, creando indicadores para su desimplementación. Asimismo, el grupo Atlas VPM y el IACS están analizando la frecuencia de ciertos "No Hacer". Estas iniciativas deberían potenciarse, e

implementar estrategias a nivel local de erradicación de prácticas clínicas de bajo valor.

ANEXO 1

Formación, habilidades, motivación

1. ¿Creéis que en vuestro centro hay conciencia de la evidencia sobre el procedimiento y familiarización con las guías clínicas correspondientes?
2. ¿Se requieren habilidades concretas para dejar de realizar prácticas de bajo valor? ¿Existe y reciben los/las profesionales la formación necesaria para adquirirlas?
3. ¿Creéis que el cambio de prácticas es habitual en el centro y el/la profesional tiene conciencia de que hace parte de su práctica?
4. ¿Se puede cambiar de práctica, aunque no haya motivación? ¿Aunque se disponga de poco tiempo?
5. ¿Los profesionales del centro tienen conciencia de que el cambio de práctica trae beneficios para el sistema sanitario y la salud de las mujeres?

Recursos, infraestructura y apoyo

6. ¿Qué otros recursos hacen falta para cambiar las prácticas? ¿Más personal, incentivos económicos, ...?
7. ¿Se ha desarrollado algún plan de acción en el centro para abandonar las prácticas? ¿Consideráis el plan de acción prioritario frente a otras actuaciones?
8. ¿En qué medida los profesionales tienen control sobre el cambio de práctica?
9. ¿Consideráis que es fácil el cambio de práctica en la actividad rutinaria? ¿Por la necesidad de recordar y de concentración/ausencia distracciones?
10. ¿El cambio de práctica podría acarrear problemas médico-legales? ¿De qué tipo?
11. ¿Hay algún tipo de redes de apoyo para el cambio de práctica? ¿Compañeros dispuestos a solventar barreras y problemas?
12. ¿Hay líderes promoviendo el cambio de práctica?
13. ¿Hay presión para cambiar las prácticas? ¿Desde dónde, qué tipo?
14. ¿Hay revisión y monitorización de las actividades que se efectúan?

Coordinación con terceros y con las usuarias

15. ¿Para cambiar la práctica, es necesaria la coordinación entre departamentos? ¿Y con Atención Primaria?

16. ¿Para cambiar la práctica, es necesaria la participación de las usuarias? ¿De qué forma? ¿Es determinante la información y comunicación con ellas y sus familiares?
17. ¿Qué papel juegan para el cambio de práctica sus creencias, actitudes, motivaciones y necesidades percibidas?

BIBLIOGRAFÍA

1. Choosing Wisely [Internet]. Philadelphia; [citado 2 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/>
2. 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.
3. Kmietowicz Z. NICE lifts cost limit on drugs to improve access to end of life treatments. *BMJ* 2009;338:b3.
4. García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Comendero-Maaløe M, Seral-Rodríguez M, Bernal-Delgado E, et al. Metodología Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud, diciembre 2017 [Internet]. Zaragoza: Atlas VPM - Atlas de Variaciones de la Práctica Médica. Disponible en: www.atlasvpm.org/desinversion-2015.
5. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Peiro S. Atlas of variations in medical practice in Spain: The Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy* 2014;114:15-30. DOI:10.1016/j.healthpol.2013.07.013.
6. Dilatación y legrado de útero como herramienta diagnóstica. Utilización de procedimientos de escaso valor [Internet]. Zaragoza: Atlas VPM - Atlas de Variaciones de la Práctica Médica. [Citado 2 julio 2018]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org>.
7. Dilatation & curettage and hysteroscopy for heavy menstrual bleeding [Internet]. Suffolk: NHS Suffolk Public Health Team. [Citado 2 julio 2018]. Disponible en: http://www.westsuffolkccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/T14_Dilatation_and_Curettage_and_Hysteroscopy_for_Heavy_Menstrual_Bleeding_Policy.pdf.
8. Birken SA, Powell BJ, Presseau J, Kirk MA, Lorenzatto F, Gould NJ, et al. Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): A systematic review. *Implement Sci* 2017;12:2. DOI:10.1186/s13012-016-0534-z.
9. Creswell JW, Plano Clark V. Designing and conducting mixed methods research. Los Angeles: SAGE, 2017.
10. Kim H, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for jointpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000;19:335-51.
11. Colquhoun HL, Squires JE, Kolehmainen N, Fraser C, Grimshaw JM. Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: A systematic review. *Implement Sci* 2017;12:30. DOI:10.1186/s13012-017-0560-5.
12. Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions aimed at reducing use of low-value health services: A systematic review. *Med Care Res Rev* 2017;74:507-50. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* 2016;11:72. DOI:10.1186/s13012-016-0437-z.
13. Sanam M, Majid MMK. Comparison the diagnostic value of dilatation and curettage versus endometrial biopsy by Pipelle. A clinical trial. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16:4971-5.
14. Ben-Baruch G, Seidman DS, Schiff E, Moran O, Menczer J. Outpatient endometrial sampling with the Pipelle curette. *Gynecol Obstet Invest* 1994;37:260-2. DOI:10.1159/000292573.
15. NICE [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence [citado 23 mayo 2018]. Dilatation and curettage alone should not be used as a diagnostic tool (2007). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/donotdo/dilatation-and-curettage-alone-should-not-be-used-as-a-diagnostic-tool-2007>.

16. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Marelllo F, Impedovo L, Selvaggi L. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril* 2001;75:803-5.
17. Kolhe S. Management of abnormal uterine bleeding. Focus on ambulatory hysteroscopy. *Int J Womens Health* 2018;10:127-36. DOI:10.2147/IJWH.S98579.
18. Van Hanegem N, Prins MMC, Bongers MY, Opmeer BC, Sahota DS, Mol BWJ, et al. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;197:147-55. DOI:10.1016/j.ejogrb.2015.12.008.
19. Du J, Li Y, Lv S, Wang Q, Sun C, Dong X, et al. Endometrial sampling devices for early diagnosis of endometrial lesions. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142:2515-22. DOI:10.1007/s00432-016-2215-3.
20. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6. DOI:10.1001/jama.2012.362.
21. Turner S, D'Lima D, Hudson E, Morris S, Sheringham J, Swart N, et al. Evidence use in decision-making on introducing innovations: A systematic scoping review with stakeholder feedback. *Implement Sci* 2017;12:1-12. DOI:10.1186/s13012-017-0669-6.
22. Mira JJ, Agra Y, Astier P, Caro J, Silvestre C, Olivera G, et al. Dejar de hacer lo que no hay que hacer. *An Sist Sanit Navar* 2019(42);1:101-3. DOI:10.23938/ASSN.0371.