

PRÁCTICAS MÉDICAS DE POCO VALOR

1. Introducción.

Durante la última década, el interés de las administraciones sanitarias, las sociedades científicas y los investigadores, ha estado orientado hacia el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, en la promoción de la seguridad del paciente y la toma de decisiones compartidas en un modelo de atención centrado en el paciente. Ha sido en estos últimos años cuando se ha comenzado a poner el foco en la evaluación de la indicación de los test y de las pruebas diagnóstico-terapéuticas, en clara relación con la crisis económica y el gasto sanitario y también con el fin de aportar mayores beneficios a los pacientes.

En el año 2009, la Alianza Nacional de Médicos (National Physicians Alliance) de Estados Unidos, a través de la American Board Internal Medicine, pone en marcha un proyecto denominado «Choosing Wisely» (Elegir con Prudencia). Este proyecto pretende facilitar el encuentro entre profesionales y pacientes para tomar decisiones compartidas acerca de los cuidados más apropiados, teniendo en cuenta su situación concreta individual. Simultáneamente, el debate ético se orienta a promover la eficiencia y evitar el derroche, no solo desde el punto de vista del gasto sanitario, sino también desde el punto de vista de la protección del paciente. Y en este sentido se propone que las sociedades científicas elaboren un listado con aquellos procedimientos o pruebas que no aportan valor, son innecesarios o incluso pueden ser perjudiciales. Se origina así una colección llamada «Less is more» (Menos es Más) que se publica en Archives of Internal Medicine, donde las sociedades científicas deben proponer cinco principales recomendaciones «no hacer». En la actualidad han publicado sus recomendaciones más de 70 sociedades científicas, y en febrero de 2014 ya se habían incorporado más de 90 recomendaciones en medicina de familia.

Paralelamente, desde 2007, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) durante el proceso de elaboración de sus guías, identifica aquellas prácticas clínicas que recomiendan no hacer («Do not do»), ya sea porque no aportan beneficio, o la relación entre daños y beneficios no está clara, o porque no existe suficiente evidencia para

aconsejar su uso sistemático. En marzo de 2014, la base de datos «Do not do» contenía 972 recomendaciones.

En España, a raíz de la propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en abril de 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para consensuar recomendaciones «no hacer» basadas en la evidencia científica. Hasta la actualidad se han adherido a este proyecto 48 sociedades científicas y 22 de ellas han publicado sus recomendaciones.

2. Recomendaciones.

- La Sociedad Española de Medicina Interna recomienda:

- No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos.
- No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.
- No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.
- La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardiaca crónica.
- En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.

- La Sociedad Española de Cardiología recomienda:

- No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio.
- No prescribir fibratos de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.
- No utilizar de forma rutinaria antagonistas de canales de calcio para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio.
- No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda, por sus efectos adversos (empeoramiento de la insuficiencia cardiaca, proarritmia, muerte), agentes antiarrítmicos (con especial énfasis en los del grupo I-C).
- En pacientes con fibrilación auricular persistente en los cuales se ha corregido la causa de la misma (ej. infección pulmonar o fiebre) y se ha llevado a cabo con éxito cardioversión, no se recomienda el uso de antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal, a no ser que haya factores de riesgo para la recurrencia.

- La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición recomienda:

- No utilizar glitazonas en pacientes diabéticos con insuficiencia cardiaca.
- No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal.
- No determinar tiroglobulina en la evaluación inicial de la malignidad de un nódulo tiroideo.
- No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos en los pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad.
- No realizar ecografía tiroidea a todo paciente con hipotiroidismo subclínico.

- La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica:

- En pacientes EPOC, con presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO₂) mayor de 55 mmHg y sin desaturación por ejercicio, no prescribir tratamiento ambulatorio con oxígeno.
- No utilizar sistemáticamente antibióticos para el tratamiento de pacientes con agudizaciones de EPOC sin datos de gravedad y con un solo criterio de Antonhisen (que no sea la purulencia de esputo).
- En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo.

- La Sociedad Española de Neurología recomienda:

- No repetir estudios de neuroimagen (RM y/o TAC) reiteradamente en pacientes con cefalea primaria (migraña y cefalea tensional) sin cambios en el perfil de la misma.
- No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson.
- No usar anticoagulantes de forma rutinaria en el tratamiento del ictus agudo.

- La Sociedad Española de Patología Digestiva recomienda:

- No programar revisiones, ni colonoscopias antes de 5 años en el seguimiento postpolipectomía de pacientes con 1-2 adenomas menores de 1 cm, sin displasia de alto grado, completamente extirpados en una colonoscopia de alta calidad.
- No dar profilaxis antibiótica a personas con pancreatitis aguda leve.
- No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales.

- No restringir la ingesta de líquidos en los pacientes con ascitis, salvo en presencia de hiponatremia dilucional con natremia inferior a 125 meq/l.
- No utilizar la detección de anticuerpos IgA, ni IgG antigliadina para el diagnóstico de la enfermedad celiaca.

- La Sociedad Española de Reumatología recomienda:

- No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.
- No se recomienda la práctica de TAC ni de RMN en la cervicalgia o lumbalgia inespecíficas sin signos de alarma.

- La Sociedad Española de Biopatología Médica recomienda:

- No solicitar marcadores tumorales serológicos como cribado poblacional (salvo que se pertenezca a los grupos de riesgo definidos para cada tipo de tumor).
- En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1C más de dos veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a tres meses.
- No realizar estudios de cribado tiroideo en pacientes ingresados. Cuando se realicen en pacientes ambulatorios, determinar sólo TSH, pudiendo ampliar el laboratorio a FT4 y otras determinaciones, en aquellos casos en que proceda.
- No realizar reevaluación de Ac. Antinucleares en tiempos inferiores a 3 meses.
- No utilizar CK ni CK MB en el diagnóstico de IAM.

- La Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia recomienda:

- No administrar plasma o complejos protrombínicos para reversión de los antagonistas de la vitamina K en situaciones que no sean de emergencia (es decir, fuera del entorno de hemorragia grave, hemorragia intracraneal o cirugía de urgencia).
- No transfundir un número mayor de concentrados de hematíes que los necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o para volver a un paciente a un rango seguro de hemoglobina (7 a 8 g/dl en pacientes no cardíacos estables).
- No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica.
- En pacientes adultos con anemia que reciben un estimulador de la eritropoyesis, no se recomienda la corrección rutinaria a niveles de Hemoglobina superior a 12 g/dl (ajustar dosis para nivel Hb deseado entre 10 y 12 g/dl).
- No realizar PAAF para el diagnóstico de un paciente con adenopatías en la que se sospeche un origen linfoide neoplásico.

- Otras recomendaciones «NO HACER» de la semFYC:

- No recomendar de forma rutinaria tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
- No prescribir antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca o cirrosis.
- No prescribir omeprazol como protector gástrico al indicar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, en pacientes sin riesgo incrementado de sangrado.
- No mantener la doble antiagregación plaquetaria (aspirina, clopidogrel u otro inhibidor del receptor P2Y₁₂) más allá de 12 meses tras el síndrome coronario agudo y/o angioplastia con implantación de stent.

- No realizar tratamiento intensivo de la glucemia en ancianos diabéticos, no usar fármacos para conseguir HbA1c < 7.5 en mayores de 65 años.
- No pautar corticoides orales más de 7-10 días en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en este caso no es necesaria la pauta descendente.
- No solicitar pruebas de imagen para la cefalea sin complicaciones.
- No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.
- No tratar con fármacos la hiperuricemia asintomática (sin gota) salvo que las cifras sean muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en varones, y 10 mg/dl en mujeres) o en tratamientos oncológicos.
- No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.
- No realizar chequeos (revisiones en salud) sistemáticos a personas asintomáticas.
- No descartar un síndrome coronario agudo por el hecho de presentar un electrocardiograma normal o anodino realizado fuera del episodio de dolor torácico.
- En prevención primaria cardiovascular no tratar con fármacos hipolipemiantes sin calcular el riesgo cardiovascular global, excepto en pacientes con hiperlipemias familiares o hereditarias.
- No poner gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en pacientes con demencia avanzada.
- No usar benzodiazepinas o hipnóticos sedantes en ancianos como primera elección para insomnio o delirium.

- Deprescripción de IBP:

Cuando el IBP está indicado, sus beneficios superan con creces los teóricos riesgos. Sin embargo, si no existe indicación actual, es prudente considerar la deprescripción, englobando este término tanto a la retirada como a la disminución de dosis del IBP, ya que su utilización a largo plazo se ha asociado con la aparición de efectos adversos como infecciones entéricas, neumonía, fracturas, déficit de vitamina B12, hipomagnesemia, nefritis intersticial aguda, enfermedad renal crónica, lupus eritematoso cutáneo subagudo...

Es importante asimismo intentar prevenir el uso prolongado e injustificado de los IBP y establecer con el paciente en la prescripción inicial la duración del tratamiento, abordando los posibles riesgos de la toma continuada sin necesidad.

Hay que considerar una deprescripción (retirada o disminución de dosis) del IBP en los siguientes casos:

- Pacientes asintomáticos en los que no hay una indicación clara para el uso de IBP.
- Pacientes con dosis altas de mantenimiento del IBP son candidatos a una reducción de dosis.
- Pacientes con ERGE o dispepsia tratados con IBP que están asintomáticos un mínimo de tres meses.
- Pacientes que han sufrido úlceras gastroduodenales y que han completado el tratamiento de 4-8 semanas o el tratamiento erradicador de *H. pylori* (no hace falta retirada gradual).

No se recomienda mantener el tratamiento a largo plazo con IBP para síntomas gastrointestinales sin intentar, al menos una vez al año, retirar el tratamiento o disminuir la dosis, excepto en pacientes con esófago de Barret, esofagitis grado D (Clasificación de Los Ángeles) o hemorragias gastrointestinales.

3. Conclusión.

Así como la medicina basada en la evidencia o la seguridad clínica han sido movimientos de las décadas anteriores, combatir el exceso es una manifestación contemporánea de un deseo ancestral: no hacer daño cuando lo que queremos es sanar: *“Primum non nocere”*.

4. Bibliografía.

- Proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GuíaSalud y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- Recomendaciones No Hacer. Grupo de Trabajo de la SemFYC para el proyecto Recomendaciones “No Hacer”. 2014. ISBN: 987-84-15037-45-3.
- Recomendaciones No Hacer (2ª parte). Grupo de Trabajo de la SemFYC para el proyecto Recomendaciones “No Hacer”. 2015. ISBN: 978-84-15037-55-2.
- Curso de Gestión Clínica en Medicina Interna. Tema 14: Prácticas médicas con poco valor. Área de Formación SEMI.

Realizado por:

Mª José Pérez Sola. FEA Medicina Interna.

Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería.

Marzo 2017.