

Recomendaciones **NO HACER**

Grupo de trabajo de la semFYC
para el proyecto Recomendaciones «NO HACER»

Coordinador

Salvador Tranche Iparraquirre
GdT de Neurología

Asesora metodológica

Mercè Marzo Castillejo
Secretaría científica de la semFYC

Autores

Francisco Brotons Muntó
GdT de Nefrourología

M.^a Jesús Cerecedo Pérez
GdT de Salud Mental

Ana González González
GdT de Medicina Basada en la Evidencia

María José Lázaro Gómez
GdT de Seguridad del Paciente

Fernando León Vázquez
GdT de Enfermedades Reumatológicas

José M.^a Lobos Bejarano
GdT de Enfermedades Cardiovasculares

Carles Llor Vila
GdT de Enfermedades Infecciosas

Miguel Ángel Martínez Adell
GdT de Atención al Mayor

Mercè Marzo Castillejo
GdT de Medicina Basada en la Evidencia

Enrique Mascarós Balaguer
GdT de Enfermedades Respiratorias

Juan José Mascort Roca
*Programa de Actividades Preventivas
y de Promoción de Salud (PAPPS)*

Antonio Montañó Barrientos
GdT de Medicina Basada en la Evidencia

Ayose Pérez Miranda
GdT de Urgencias y Atención Continuada

Alba Riesgo García
GdT de Urgencias y Atención Continuada

J. Antonio Sánchez Sánchez
GdT de Medicina Basada en la Evidencia

Ermengol Sempere Verdú
GdT de Utilización de Fármacos

Salvador Tranche Iparraquirre
GdT de Neurología

Carmen Vela Vallespín
GdT de Cáncer del PAPPS

© 2014, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2.ª pl., of. 12
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 987-84-15037-45-3

DL: B. 10674-2014

Printed in Spain

Introducción

Hace unos años la Alianza Nacional de Médicos (National Physicians Alliance) de Estados Unidos puso en marcha un proyecto denominado Choosing Wisely (Elegir con Prudencia)¹ con el propósito de que las sociedades científicas, originariamente las sociedades de medicina interna, medicina de familia y pediatría, elaborasen un listado de cinco recomendaciones dirigidas a promover el uso más eficaz de los recursos de atención a la salud en relación con la indicación de pruebas diagnósticas o tratamientos. Las primeras recomendaciones de Atención Primaria consensuadas se publicaron en el año 2011². Actualmente, son ya 60 sociedades científicas americanas las que han contribuido en la elaboración de más de 200 recomendaciones clínicas clave para ayudar a promover las mejores prácticas y evitar intervenciones médicas innecesarias y con potenciales riesgos. Recientemente, en febrero de 2014, el proyecto Choosing Wisely (Phase 3) ha incorporado en la lista 90 nuevas recomendaciones relevantes en el ámbito de la Atención Primaria³.

Simultáneamente, desde 2007, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), durante el proceso de elaboración de sus guías, identifica algunas prácticas clínicas que recomienda no hacer («Do not do»)⁴, ya sea porque no aportan beneficio, porque la relación entre riesgos 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» contiene 972 recomendaciones⁴.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en abril de 2013 el proyecto denominado Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas⁵. Este proyecto se enmarca en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y tiene como objetivo disminuir las intervenciones innecesarias, entendidas como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas. Un total de 12 sociedades científicas propusieron recomendaciones «No hacer», y en la actualidad se han adherido 39 sociedades médicas.

La metodología de trabajo para elaborar la lista de recomendaciones «No hacer» consistió en debatir, por parte de cada sociedad científica participante, diez recomendaciones «No hacer» propuestas por el Ministerio de Sanidad y aportar otras cinco recomendaciones. En una segunda fase, se priorizaron de forma individualizada, aplicando la metodología Delphi, las diferentes recomendaciones «No hacer». Las recomendaciones del ámbito de Atención Primaria fueron priorizadas por miembros de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). El resultado final de las recomendaciones «No Hacer», propuestas por las 12 sociedades científicas, se presentó en unas jornadas de trabajo organizadas por el Ministerio de Sanidad el 17 de diciembre de 2013⁵.

Desde la semFYC hemos querido avanzar y profundizar más en este proyecto de recomendaciones «No hacer». Para ello, hemos revisado todas las recomendaciones que los miembros de los grupos de trabajo de la semFYC propusieron para el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas del Ministerio de Sanidad. Las recomendaciones «No hacer» que fueron propuestas desde la semFYC abarcan motivos de consulta muy habituales en la práctica clínica diaria del médico de familia, entendiendo como tal no solo la Atención Primaria, sino también urgencias, y por tanto pueden tener un notable impacto asistencial, tanto a efectos de seguridad del paciente como en la posible utilización inadecuada de recursos. Las recomendaciones «No hacer» propuestas por la semFYC (un total de 15) se difundieron a través de un documento *on-line* y se abrió un espacio para debatirlas y al mismo tiempo recoger todas aquellas nuevas propuestas que los grupos de trabajo y socios de la semFYC nos quisieran enviar.

Las aportaciones recibidas para las 15 recomendaciones «No hacer» han sido muchas y diversas. Desde la semFYC se han revisado todos los comentarios y se ha documentado la justificación para cada una de ellas. Para elaborar las recomendaciones se ha tenido en cuenta la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)^{6,7}, que define la fuerza de una recomendación en términos de la confianza que tenemos en que los desenlaces deseados de una intervención (p. ej., reducción de la mortalidad) sean superiores a los desenlaces indeseados (p. ej., efectos adversos del tratamiento)^{6,7}. En una recomendación en contra (recomendación «No hacer»), los efectos indeseados de una intervención frente a otra superan los efectos deseados.

Una vez sometidas al debate científico interno de la semFYC, se recogen en este documento las primeras 15 recomendaciones «No hacer» en la práctica

clínica diaria, diez recomendaciones relacionadas con el tratamiento y cinco con los test diagnósticos, todas ellas importantes independientemente del orden en que aparecen.

Además, las nuevas propuestas recibidas están siendo evaluadas como posibles Recomendaciones «No hacer» de la semFYC para ser incorporadas en futuras actualizaciones de este documento. Queremos que este proyecto científico sea dinámico y participativo, por lo que seguimos abiertos a recoger todas aquellas propuestas que ayuden a los profesionales de Atención Primaria a promover el uso más eficaz de los recursos de atención a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Choosing Wisely. [Consultado en marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf>.
2. Good Stewardship Working Group. The «top 5» lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med.* 2011;171(15):1385-90.
3. Siwek J, Lin KW. More ways to improve health and reduce harm: choosing wisely phase 3. *Am Fam Physician.* 2014;89(5):329.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Do not do recommendations. [Consultado en marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336:924-6.
7. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaecche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. [GRADE: Methodology for formulating and grading recommendations in clinical practice.] *Aten Primaria.* 2014 Mar 29. pii: S0212-6567(14)00049-3. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.013. [Epub ahead of print] Spanish.

Las **15 recomendaciones** «**NO HACER**» de la semFYC

- 1. No prescribir antibióticos en la sinusitis aguda, salvo que exista rinorrea purulenta y dolor maxilofacial o dental durante más de 7 días, o cuando los síntomas hayan empeorado después de una mejoría clínica inicial.**

La sinusitis es un proceso inflamatorio de la mucosa de una o más cavidades de los senos paranasales. Desde un punto de vista cronológico, la sinusitis aguda dura un máximo de 4 semanas. La etiología más frecuente es la infección viral asociada al resfriado común, que se complica con una infección bacteriana en el 0,5-2% de los episodios.

La mayoría de las sinusitis bacterianas son autolimitadas y las complicaciones graves son muy poco frecuentes (celulitis orbitaria y periorbitaria). En la práctica clínica se considera una historia clínica sugestiva de sinusitis bacteriana cuando:

- Los síntomas duran 7 o más días.
- La sinusitis se acompaña de rinorrea nasal purulenta, presencia de pus en la cavidad nasal, dolor facial, dolor dental, fiebre.
- Los síntomas, tras una aparente mejoría, empeoran.

El papel de los antibióticos en el tratamiento de la sinusitis aguda es controvertido. Hay evidencia moderada de que el tratamiento antibiótico en pacientes inmunocompetentes con sinusitis aguda no complicada, atendidos en Atención Primaria, presentan una mejoría clínica discreta. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados también han demostrado que aproximadamente el 80% de las personas con sinusitis aguda no tratadas con antibióticos mejoran en el plazo de 2 semanas. Los médicos deben valorar los pequeños beneficios del tratamiento con antibióticos

frente a la posibilidad de efectos adversos, tanto a nivel individual como poblacional. El uso innecesario de antibióticos genera resistencias, supone la medicalización de problemas banales y comporta mayores efectos secundarios y costes económicos.

Bibliografía

- ▶ Ahovuo-Saloranta A, Rautakorpi UM, Borisenko OV, Liira H, Williams JW Jr, Mäkelä M. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2:CD000243.
- ▶ Lemiengre MB, Van Driel ML, Merenstein D, Young J, De Sutter AI. Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006089.
- ▶ Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa) [Internet]. 2011;19(10). Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_19_n_10.pdf

2. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.

La faringoamigdalitis aguda es una condición muy común en la consulta de Atención Primaria y la mayoría de veces es de causa viral. El estreptococo β -hemolítico del grupo A (*S. pyogenes*) representa solamente el 5-15% de las faringitis y su identificación y tratamiento con antibióticos pueden prevenir la aparición de complicaciones, como fiebre reumática y glomerulonefritis. A pesar de que el estreptococo β -hemolítico es un agente causal de faringoamigdalitis poco frecuente, los antibióticos se prescriben en más del 70% de los adultos que consultan por este motivo.

El tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis confiere beneficios moderados en algunos pacientes (acorta la duración de los síntomas alrededor de 16 horas). Pero se necesitaría tratar a muchos pacientes con faringoamigdalitis para que muy pocos se beneficien en términos de evitar complicaciones asociadas.

En Atención Primaria, la valoración clínica de la faringoamigdalitis debe excluir las causas potencialmente graves, identificar las causas tratables y mejorar los síntomas. Se debe realizar una historia clínica y examen físico completo, y ante la sospecha de infección bacteriana realizar el test de

detección rápida del antígeno estreptocócico. Los adultos con resultado del test positivo deben recibir tratamiento antibiótico.

Si no es posible realizar este test, es útil considerar los criterios de Centor, reglas de predicción clínica basadas en la combinación de un conjunto de signos y síntomas: exudado amigdalár, adenopatías anterocervicales, fiebre y ausencia de tos. Cada uno de estos criterios tiene el mismo valor y se le asigna 1 punto. El tratamiento antibiótico empírico a partir de tres o cuatro criterios de Centor determina el uso apropiado de antibióticos.

En los adultos o niños con faringoamigdalitis aguda con clínica y características epidemiológicas que indican claramente una etiología viral (p. ej., tos, rinorrea, ronquera o úlceras orales), no se recomienda el test de detección rápida de antígeno estreptocócico. Las excepciones pueden incluir las personas adultas con estrecho contacto con niños pequeños, con antecedentes de fiebre reumática o con alto riesgo de padecer infecciones graves, como los pacientes diabéticos.

Bibliografía

- ▶ Chow AW, Doron S. Evaluation of acute pharyngitis in adults. Uptodate Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 4 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- ▶ Llor C, Cots JM, Bjerrum L, Cid M, Guerra G, Arranz X, et al; Grupo de Estudio Happy Audit España. Prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio y factores predictores de su utilización. *Aten Primaria*. 2010;42:28-35.
- ▶ Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55:1279-82.
- ▶ Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotic for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;CD000023.

3. No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía.

Las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) abarcan desde una infección sin neumonía en un paciente joven sano a una neumonía o una exacerbación en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. La ITRI aguda no complicada es un motivo de consulta común en Atención Primaria.

El síntoma más común es la tos aguda, productiva o no. Otros síntomas pueden ser disnea, sibilancias, dolor torácico, fiebre, odinofagia y rinitis. Los síntomas suelen durar, generalmente, 2 semanas, pero la tos asociada puede durar más semanas.

Los antibióticos se prescriben comúnmente para tratar esta condición. Sin embargo, en las personas sanas, la causa es vírica en un elevado porcentaje de casos, y dado que es un proceso autolimitado, se recomienda no tratar con antibióticos.

Los antibióticos pueden tener un efecto beneficioso moderado en algunos pacientes. Sin embargo, la magnitud de este beneficio debe ser considerada en el contexto más amplio de posibles efectos secundarios, la medicalización de una enfermedad autolimitada, aumento de la resistencia a los patógenos respiratorios y el coste del tratamiento antibiótico.

En la consulta se debe informar a los pacientes sobre el curso natural de la enfermedad (tos que puede durar alrededor de 3 semanas) y la eficacia limitada de los antibióticos. Así mismo, se les ha de indicar que, en caso de que no haya mejoría o de que los síntomas empeoren, vuelvan a la consulta para valorar la necesidad de tratamiento antibiótico.

Bibliografía

- ▶ Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:c2096.
- ▶ Little P, Stuart B, Moore M, Coenen S, Butler CC, Godycki-Cwirko M, et al; GRACE consortium. Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:123-9.
- ▶ Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker L. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD000245.

4. No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios.

La bacteriuria asintomática se define como el aislamiento de un recuento cuantitativo específico de bacterias en una muestra de orina adecuadamente recogida de una persona sin signos ni síntomas de infección de las vías urinarias.

En las mujeres asintomáticas, la bacteriuria se define como el aislamiento del mismo microorganismo en los recuentos cuantitativos de 100.000 ufc/ml, en dos cultivos consecutivos en mujeres (en hombres solo se requiere un cultivo). En las personas que llevan sonda vesical, la bacteriuria asintomática se define como una sola muestra por sondaje con aislamiento de un solo organismo en los recuentos cuantitativos $\geq 10^2$ ufc/ml.

La bacteriuria asintomática es un problema muy común en la práctica clínica. Afecta sobre todo a mujeres y es frecuente en el anciano y en el paciente portador de una sonda vesical. En las mujeres diabéticas, el riesgo de bacteriuria asintomática es de tres a cuatro veces mayor.

El cribado y el tratamiento de la bacteriuria asintomática es un estándar bien establecido en las mujeres embarazadas y en aquellos pacientes sometidos a procedimientos urológicos en los que se prevé un sangrado de la mucosa.

En cambio, en otros grupos de pacientes (mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios) no están justificados. Evitar el tratamiento de la bacteriuria asintomática es importante para reducir el desarrollo de resistencia a los antibióticos.

Bibliografía

- ▶ Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2008;32:45-51.
- ▶ Fekete T, Hooton TM. Approach to the adult with asymptomatic bacteriuria. *Uptodate Literature review current through: Feb 2014*. [Actualizado el 26 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

- ▶ Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11: CD009279.
- ▶ Weintrob AC, Sexton DJ. Asymptomatic bacteriuria in patients with diabetes mellitus. *Uptodate Literature review current through:* Feb 2014. [Actualizado el 4 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

5. No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad cardiovascular, la demencia o el deterioro de la función cognitiva, en mujeres posmenopáusicas.

La terapia hormonal (TH) se utiliza para controlar los síntomas de la menopausia y también se ha empleado en el manejo y la prevención de la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis y la demencia. No obstante, esta terapia no proporciona ningún efecto protector contra las enfermedades cardiovasculares, en mujeres sanas ni tampoco en mujeres con enfermedad cardiovascular preexistente. Tampoco protege frente a la demencia, ni el deterioro de la función cognitiva.

En cambio, la TH sí muestra efectos indeseables. En mujeres posmenopáusicas, la terapia combinada a largo plazo aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso, infarto de miocardio mortal o no mortal, accidente cerebrovascular, embolia pulmonar, cáncer de mama, enfermedad de la vesícula biliar, mortalidad por cáncer de pulmón y demencia en mujeres mayores de 65 años. La TH con solo estrógenos incrementa significativamente el riesgo de tromboembolismo venoso, accidente cerebrovascular, enfermedad de la vesícula biliar y cáncer de endometrio.

La TH se considera eficaz para la prevención de la osteoporosis posmenopáusica. Sin embargo, teniendo en cuenta los riesgos de la TH, este tratamiento solo se recomienda en aquellas mujeres con riesgo significativo de osteoporosis en las que no se consideren adecuadas otras terapias.

Para el control de los síntomas menopáusicos se aconseja que la TH se utilice a corto plazo y en la dosis efectiva más baja. Siempre debe emplearse con precaución en mujeres con factores de riesgo cardiovasculares.

Bibliografía

- ▶ Main C, Knight B, Moxham T, Gabriel Sánchez R, Sánchez Gómez L, Roqué i Figuls M, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;4:CD002229.
- ▶ Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD004143.

6. No prescribir antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución.

Los AINE son fármacos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos que constituyen un grupo heterogéneo de compuestos, con estructuras químicas diferentes. Estos fármacos presentan una gran variedad de indicaciones terapéuticas. Se utilizan comúnmente en el tratamiento de la artrosis y otras condiciones crónicas, así como para aliviar el dolor crónico y agudo (cefalea, dismenorrea, traumatismos, cólicos renales, etc.). Los AINE constituyen uno de los grupos farmacológicos de mayor prescripción y, a la vez, se consumen ampliamente sin prescripción médica (automedicación). Durante la última década, en la mayoría de países europeos, el consumo de estos se ha duplicado.

El tratamiento con AINE se relaciona con un amplio perfil de efectos secundarios que se asocian a una considerable morbimortalidad. Los AINE tienen efectos negativos potencialmente importantes a nivel gastrointestinal, renal, cardiovascular, neurológico y hematológico. El consumo frecuente de estos fármacos entre la población, sobre todo entre pacientes polimedicados y de edad avanzada, hace que sus efectos secundarios tengan un gran impacto y, por tanto, sean un problema, tanto desde la perspectiva clínica como de salud pública.

El paracetamol es un buen analgésico y antipirético, y es menos probable que cause efectos secundarios. Aunque el paracetamol no tiene efecto antiinflamatorio significativo, a menudo es el analgésico de elección para problemas musculares y de articulaciones que causan dolor. Si no hay alternativa a los AINE, estos se deben prescribir con precaución y en la menor dosis y duración necesarias.

Bibliografía

- ▶ Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, Baron JA, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013;382:769-79.
- ▶ McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLOS Med*. [Internet] 2011; DOI: 10.1371/journal.pmed.1001098. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org>.
- ▶ Risser A, Donovan D, Heintzman J, Page T. NSAID prescribing precautions. *Am Fam Physician*. 2009;80(12):1371-8.
- ▶ Solomon DH. Nonselective NSAIDs: Overview of adverse effects. Uptodate Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 26 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- ▶ Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:c7086.

7. No prescribir benzodicepinas (e hipnóticos no benzodicepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.

El insomnio (la incapacidad crónica para conciliar o mantener el sueño) es un problema de salud frecuente en la consulta, sobre todo en personas mayores.

Puede ser secundario a una condición médica, enfermedad psiquiátrica, ansiedad, depresión y estrés, trastornos del sueño y deberse a ciertos medicamentos, o puede ser un trastorno primario. El insomnio puede desencadenar, agravar o prolongar las condiciones de comorbilidad, incluyendo fatiga, alteración de concentración y memoria, irritabilidad, dificultad para relaciones interpersonales, disminución de la calidad de vida y riesgo de enfermedad psiquiátrica de nueva aparición.

La benzodicepinas son los fármacos más ampliamente utilizados para el tratamiento del insomnio y a corto plazo han demostrado ser eficaces en la duración del sueño. Sin embargo, el uso de estas se asocia a un mayor riesgo de somnolencia diurna, accidentes de tráfico, dependencia física y psíquica, pérdida de memoria y riesgos de caída. Así mismo pueden aparecer efectos de su retirada o abstinencia tras su uso prolongado, así como provocar interacciones con otros fármacos y con el alcohol. Los tratamientos prolongados pueden ocasionar tolerancia. Por ello, cuando se utilizan

hipnóticos para el tratamiento del insomnio, estos se deben recomendar a corto plazo (no más de 4 semanas) y a la mínima dosis posible.

En pacientes con un insomnio lo suficientemente importante, se sugiere empezar con una terapia cognitivo-conductual, que incluye diversas estrategias: consejos de higiene del sueño, control de estímulos, relajación, etc. Esta terapia es especialmente recomendable en situaciones en las que los medicamentos están contraindicados o pueden ser más propensos a producir efectos secundarios, como en las personas mayores, mujeres embarazadas y pacientes con insuficiencia renal, hepática o enfermedad pulmonar.

Bibliografía

- ▶ American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31.
- ▶ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Iain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1.
- ▶ Lee-Chiong T, Malik V. Insomnia. Drug treatments in older people. Benzodiazepines. BestPractice [Internet]. Octubre de 2011. [Consultado 12 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com>

8. No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados. El incremento del colesterol total sérico aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. La hipercolesterolemia y las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular) aumentan con la edad, en especial a partir de los 65 años.

Las estatinas, junto a una dieta sana y el ejercicio de forma regular, representan una de las estrategias más efectivas para reducir el riesgo cardiovascular individual y a nivel poblacional. Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia es beneficioso a corto plazo para los pacientes que han padecido una

enfermedad coronaria (prevención secundaria), y a largo plazo, para las personas con hipercolesterolemia que están actualmente libres de enfermedad coronaria clínica (prevención primaria).

Sin embargo, la evidencia sobre el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia en prevención primaria en pacientes ancianos es muy limitada. No hay evidencia de que en personas mayores de 70 años la reducción de la hipercolesterolemia reduzca la mortalidad por otras causas, la mortalidad por cardiopatía coronaria o las hospitalizaciones por infarto de miocardio o angina inestable. La relación beneficio-riesgo todavía es menos favorable en pacientes mayores de 85 años, en los que además aumentan los problemas asociados al propio tratamiento con estatinas (deterioro cognitivo, caídas, neuropatía y daño muscular).

Bibliografía

- ▶ Ali R, Alexander KP. Statins for the primary prevention of cardiovascular events in older adults: a review of the evidence. *Am J Geriatr Pharmacotherapy* 2007;5(1):52-63.
- ▶ Pignone M. Treatment of lipids (including hypercholesterolemia) in primary prevention Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 21 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- ▶ Rosenson RS. Treatment of dyslipidemia in the older adult. Uptodate Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 22 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- ▶ Schiattarella GG, Perrino C, Magliulo F, Iardi F, Serino F, Trimarco V, et al. Statins and the elderly: recent evidence and current indications. *Aging Clin Exp Res*. 2012;24(3 Suppl):47-55.

9. No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a los pacientes que consumen AINE que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.

Los AINE son fármacos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos ampliamente prescritos para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre. Además, se usan por sus propiedades antiagregantes, en la prevención y tratamiento de enfermedades vasculares (infarto de miocardio o accidentes vasculares cerebrales). Sin embargo, son fármacos que presentan efectos secundarios que pueden ser graves a nivel gastrointestinal (erosiones, úlceras y perforaciones), renal y cardiovascular.

Para prevenir los efectos adversos gastrointestinales de los AINE, los pacientes reciben tratamiento con IBP. Sin embargo, esta alternativa tiene

limitaciones en términos de eficacia, de efectos secundarios (sequedad de boca, cefalea, alteraciones gastrointestinales, hipersensibilidad, angioedema y broncoespasmo) y de coste.

La co-prescripción de IBP en las personas que reciban un AINE está recomendada en personas que requieren AINE durante un tiempo prolongado y que tengan alguno de los siguientes factores de riesgo: antecedentes de sangrado gastrointestinal o infección por *Helicobacter pylori*, edad superior a 65 años y personas tratadas con ácido acetilsalicílico, acenocumarol, warfarina o corticosteroides orales.

Para evitar los efectos adversos gastrointestinales asociados con el uso de los AINE, cabe considerar prescribir fármacos alternativos, como el paracetamol; administrar la mínima dosis de AINE y durante el menor tiempo posible, y no utilizar más de un AINE de forma concomitante.

Bibliografía

- ▶ Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 12 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- ▶ Gøtzsche PC. NSAIDs. Proton pump inhibitors in people who cannot avoid oral NSAIDs. Clinical Evidence [Internet]. Junio de 2010. [Consultado 12 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com>
- ▶ NSAIDs - prescribing issues. NICE Clinical Knowledge Summaries [Internet]; 2013. Disponible en: <http://cks.nice.org.uk/nsaids-prescribing-issues#!scenariorecommendation:3>

10. No mantener la doble antiagregación plaquetaria (aspirina y clopidogrel u otro inhibidor del receptor P2Y12) durante más de 12 meses después de una angioplastia con implantación de *stent*.

La intervención coronaria percutánea está evolucionando rápidamente. La doble antiagregación plaquetaria con aspirina y un inhibidor de los receptores P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, ticlopidina) ha desempeñado un papel fundamental para reducir los eventos trombóticos después de la implantación del *stent* de la arteria coronaria y sus posibles consecuencias (infarto de miocardio o muerte).

El cese de la doble antiagregación plaquetaria antes de lo indicado se asocia a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares trombóticos durante los primeros 6-9 meses después de la colocación del *stent*. Sin embargo, existen controversias de su utilización a largo plazo, ya que

aumenta el riesgo de sangrado y conlleva un coste adicional. Para equilibrar el balance entre los beneficios y riesgos de acuerdo con el perfil de riesgos trombótico y hemorrágico, la mayoría de las guías proponen que la duración del tratamiento se sitúe entre los 9 y los 12 meses.

Bibliografía

- ▶ Cutlip D. Antiplatelet therapy after coronary artery stenting. Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 25 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- ▶ O’Gara PT. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians and Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61:e78-140.
- ▶ Wolfe S, Holtzman NA. Public Citizen. Petition for Black-Box Warning for Clopidogrel. August 21, 2013. Disponible en: <http://www.citizen.org/documents/2149.pdf>

11. No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable.

El autoanálisis está indicado para proporcionar datos de la glucemia al paciente y al equipo sanitario que ayuden a la toma de decisiones sobre el tratamiento o para contribuir al autocontrol del propio paciente. Para poder realizar la medición de la glucosa se requieren los instrumentos para la punción, las tiras reactivas y el glucómetro para medir los resultados.

La evidencia científica sobre el papel del autoanálisis de la glucosa como herramienta para el autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 que no requieren insulina concluye que no hay mejoría en el control de la glucemia ni en las cifras de hemoglobina glicosilada. Los estudios no han demostrado beneficios en términos de satisfacción del paciente, de bienestar general, ni de calidad de vida. El autoanálisis supone un importante coste para el sistema sanitario público.

El autoanálisis en los pacientes tipo 2 no insulinizados debe reservarse para los pacientes con controles inestables, en pacientes propensos a la hipoglucemia o cuando exista un cambio de tratamiento (dosis de medicamento, cambios en la dieta). El riesgo de hipoglucemia es moderado para las sulfonilureas y nulo para la metformina, que es el fármaco de elección.

Bibliografía

- ▶ American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2013;36 Suppl 1: S11-66.
- ▶ Cameron C, Coyle D, Ur E, Klarenback S. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. CMAJ. 2010;182(1):28-34.
- ▶ Farmer AJ, Perera R, Ward A, Heneghan C, Oke J, Barnett AH, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. BMJ. 2012;344:e486.
- ▶ Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD005060.

12. No realizar de forma sistemática la determinación de antígeno prostático específico (cribado PSA) en individuos asintomáticos.

El cáncer de próstata es un problema de salud que afecta a muchos hombres, pero rara vez es lo suficientemente agresivo como para causar la muerte. Tres cuartas partes de los hombres mayores de 80 años y un tercio de los que tienen entre 40 y 60 años presentan células cancerosas en la próstata, y sin embargo, solo tienen un riesgo acumulado a lo largo de la vida de un 2,8% de morir de cáncer de próstata.

Cualquier hombre al que se le determine el PSA tiene derecho a saber que el beneficio potencial del cribado es muy pequeño y que los daños potenciales son significativos (pruebas y tratamientos innecesarios que causan dolor, impotencia e incontinencia), sobre todo si se tiene en cuenta que muchas de las personas a las que se les detecta una elevación del PSA nunca hubieran desarrollado síntomas ni complicaciones en relación con el cáncer de próstata. Los médicos deben considerar esta evidencia, y no ofrecer una prueba de cribado del PSA a menos que el individuo que está siendo evaluado entienda el verdadero significado del PSA y tome una decisión personal de acuerdo con sus preferencias. Esta recomendación no se aplica a los hombres con antecedentes personales de cáncer de próstata ni a las personas que presentan síntomas urinarios.

Los hombres afroamericanos o con historia familiar de cáncer de próstata tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de próstata. La evidencia disponible no permite saber con certeza si el balance entre beneficios y daños es muy diferente en estos casos, pero sí que justifica un cuidadoso diálogo médico-paciente para facilitar la toma de decisión.

Bibliografía

- ▶ Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;1:CD004720.
- ▶ Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Villarrubí-Estrella M, et al; Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPs. Recomendaciones de prevención del cáncer del PAPPs. Aten Primaria. 2012 Jun;44 Suppl 1:23-35.
- ▶ US. Preventive Services Task Force. The USPSTF recommends against PSA-based screening for prostate cancer [Internet]. 2012 May. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>

13. No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.

La osteoporosis se caracteriza por una baja densidad mineral ósea y deterioro de la estructura ósea, lo que resulta en un aumento de la susceptibilidad de fracturas por fragilidad de la cadera, columna y muñeca. La densitometría radiológica dual (DXA) es la prueba estándar establecida para medir la densidad mineral ósea (*T-score*).

Las fracturas por fragilidad causan discapacidad, implican considerables costes económicos y sociales, y en ocasiones tienen un desenlace fatal. Para poder disminuir las fracturas por fragilidad es necesario identificar a los pacientes con riesgo elevado de fractura e iniciar un tratamiento para su prevención. La decisión terapéutica solo en base al *T-score* no es costo-efectiva y conduce a realizar muchas DXA innecesarias. La decisión terapéutica basada en la estratificación del riesgo de fractura por fragilidad (fracturas previas, antecedentes de fractura de cadera de los padres, edad, sexo, índice de masa corporal, origen étnico, tabaquismo, consumo de alcohol, uso de glucocorticoides, artritis reumatoide y osteoporosis secundaria) ha demostrado ser útil.

En este sentido se han creado herramientas como el FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que predice correctamente las fracturas por fragilidad. Se han definido criterios para la indicación de DXA y criterios de tratamiento del riesgo de fractura por fragilidad. Esta herramienta está siendo utilizada en muchos países. En España, debido a la infraestimación del riesgo de fractura mayor, el FRAX está en fase de validación en este contexto.

Bibliografía

- ▶ Azagra R, Roca G, Encabo G, Aguyé A, Zwart M, Güell S, et al. FRAX® tool, the WHO algorithm to predict osteoporotic fractures: the first analysis of its discriminative and predictive ability in the Spanish FRIDEX cohort. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Oct 22;13:204.
- ▶ Lewiecki EM. Osteoporotic fracture risk assessment. Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 17 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- ▶ National Clinical Guideline Centre (UK). Osteoporosis: Fragility Fracture Risk: Osteoporosis: Assessing the Risk of Fragility Fracture [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2012 Aug. (NICE Clinical Guidelines, No. 146.) 4, Risk assessment tools (FRAX, QFracture, BMD). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115321/>

14. No realizar estudios de imagen como prueba diagnóstica en los pacientes con baja probabilidad pretest de tromboembolismo venoso o embolismo pulmonar.

El tromboembolismo venoso profundo (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) son dos entidades clínicas que comparten los mismos factores predisponentes. En la mayoría de los casos, el TEP es una consecuencia del TVP. Durante el primer mes, la tasa de mortalidad es de aproximadamente el 6% en pacientes con TVP y del 12% en los pacientes con TEP.

Para proporcionar un diagnóstico preciso y rápido, se han desarrollado unas reglas de predicción clínicas y algoritmos diagnósticos. Se recomienda utilizar escalas suficientemente validadas como la de Well o la de Ginebra como primer paso en la aproximación diagnóstica. En las siguientes tablas se presentan los modelos clínicos de predicción de la probabilidad pretest para el TVP y el TEP, según las escalas de Well.

Cuando estos criterios se aplican a poblaciones con un gran porcentaje de pacientes de edad avanzada, como es el caso de Atención Primaria, el rendimiento de los criterios de Well se reduce.

Cuando existe una baja sospecha de TVP (baja probabilidad: 0 o menos puntos) o una baja sospecha de TEP (baja probabilidad: < 2 puntos) y el paciente está hemodinámicamente estable, se debe realizar la determinación del dímero D. En caso de que la prueba sea positiva o no se pueda determinar el dímero D, se realizará una prueba de imagen (eco-Doppler venoso en el TVP) que confirme o descarte el diagnóstico.

Modelo de predicción para el tromboembolismo venoso profundo

Cáncer activo (tratamiento antineoplásico en los últimos 6 meses o en tratamiento paliativo)	1
Paresia, parálisis o inmovilización reciente de una extremidad inferior	1
Encamamiento reciente de > 3 días o cirugía mayor en las últimas 12 semanas	1
Hipersensibilidad localizada en el trayecto de las venas del sistema profundo	1
Edema en toda a la extremidad afectada	1
Aumento del perímetro > 3 cm (medido 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial)	1
Edema con fóvea unilateral o mayor en la extremidad sintomática	1
Circulación venosa colateral superficial distinta a varicosidades previas	-2

ALTA PROBABILIDAD: ≥ 3 PUNTOS

PROBABILIDAD INTERMEDIA: 1-2 PUNTOS

BAJA PROBABILIDAD: 0 O MENOS PUNTOS

Modelo de predicción para el tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico alternativo, que se juzga como menos probable que TEP	3
Signos clínicos y síntomas de flebotrombosis profunda	3
Frecuencia cardíaca > 100/min	1,5
Inmovilización o cirugía en las últimas 4 semanas	1,5
Antecedentes de flebotrombosis profunda y/o TEP	1,5
Cáncer activo (tratamiento antineoplásico en los últimos 6 meses o en tratamiento paliativo)	1
Hemoptisis	1

ALTA PROBABILIDAD: ≥ 6 PUNTOS

PROBABILIDAD INTERMEDIA: 2-6 PUNTOS

BAJA PROBABILIDAD: < 2 PUNTOS

Bibliografía

- ▶ Grant BJB. Diagnosis of suspected deep vein thrombosis of the lower extremity. Literature review current through: Feb 2014. [Actualizado el 17 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- ▶ Lucassen W, Geersing GJ, Erkens PM, Reitsma JB, Moons KG, Büller H, et al. Clinical decision rules for excluding pulmonary embolism: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2011;155(7):448-60.
- ▶ Qaseem A, Snow V, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al., and the Joint American Academy of Family Physicians/American College of Physicians Panel on Deep Venous Thrombosis/ Pulmonary Embolism Current Diagnosis of Venous Thromboembolism in Primary Care: A Clinical Practice Guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Fam Med.* 2007;5(1):57-62.
- ▶ Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, Domenech P, Lecumberrri R, Escribano P, et al. National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. *Arch Bronconeumol.* 2013;49(12):534-47.
- ▶ Wilbur J, Shian B. Diagnosis of deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Am Fam Physician.* 2012;86(10):913-9.

15. No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor lumbar no atribuible a una patología específica. Es muy prevalente y genera un gran consumo de recursos económicos. En un elevado porcentaje de pacientes no se identifica la causa de la lumbalgia y los pacientes se recuperan en un período corto de tiempo. El buen pronóstico de la lumbalgia inespecífica, a menos que existan signos neurológicos o alta sospecha de un problema de salud importante, justifica no realizar estudios radiológicos durante las primeras 6 semanas, para evitar exponer a las personas a radiación innecesaria.

El reto es identificar a aquellos pacientes que presentan un problema importante: infección, cáncer, osteoporosis, fractura, deformidad estructural, afectación neurológica progresiva, etc., y requieren ser evaluados. Para ello es imprescindible realizar una adecuada historia y exploración física, recogiendo información sobre los signos y síntomas de alarma.

El diagnóstico por imagen se recomienda solo en pacientes con dolor lumbar con déficit grave progresivo o signos o síntomas que sugieran una enfermedad subyacente grave o específica.

Bibliografía

- ▶ Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:463-72.
- ▶ Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011;154(3):181-9.
- ▶ Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain [Internet]. [Actualizado en noviembre de 2012]. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/bjvqjrj/LBP.pdf
- ▶ National Institute for Health and Clinical Excellence. Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. [Internet]. May 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>