

## ELEGIR CON PRUDENCIA. “NO HACER”

Dr. Carlos Izquierdo Clemente

Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores. Atención Primaria Zaragoza

En las últimas décadas surgió un nuevo movimiento, “**La medicina basada en la evidencia**” que se convirtió rápidamente en una comunidad intelectual comprometida a que la práctica médica fuera más científica y con fundamentos empíricos y por lo tanto se lograra una atención médica más segura y más costo eficaz.

Entre los logros está la Cochrane Collaboration para reunir y resumir evidencia de estudios clínicos; establecer pautas metodológicas y de publicación para la investigación primaria y secundaria; construir infraestructuras nacionales e internacionales para crear y actualizar recomendaciones para el ejercicio médico; desarrollar recursos y cursos para enseñar evaluación crítica y construir una base de conocimientos para la implementación del conocimiento. Sin descartar las aportaciones de este movimiento, pero para superar las críticas sobre el tecnicismo del mismo y pensando no solo en el gasto sanitario o en la ineficiencia, sino también en la protección del paciente, surgen los movimientos “do not no” y “choosing wisely”.

Probablemente «no hacer» sea una sigla más llamativa pero puede ser más certero el término «elegir sabiamente» o «elegir prudentemente» pues deja un espacio al acuerdo y a la singularidad del encuentro entre el médico y el paciente.

Con esta revisión pretendo revisar y divulgar la *PREVENCIÓN CUATERNARIA* así como los movimientos *DO NOT DO* y *CHOOSING WISELY*, derivados de ellos el *COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA*.

### PREVENCIÓN CUATERNARIA

Conocemos como Prevención cuaternaria al conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir o paliar el daño producido por las actividades sanitarias. El término fue utilizado por primera vez por el médico belga Marc Jamouille en 1995. Pero ya se atribuye a Hipócrates la frase “Primum

non nocere” (primero no dañar), que nos propone una mirada crítica sobre nuestras actuaciones.

Se evita el daño obviando actividades innecesarias (p. ej., suprimiendo dosis redundantes de revacunación antitetánica). Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación (p. ej., empleando protectores tiroideos al hacer radiografías dentales). Se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (p. ej., pautando el abandono paulatino de benzodiazepinas en una adicción consecuente al tratamiento del insomnio).

La prevención cuaternaria concierne igualmente a Atención Primaria (AP) y hospitalaria. Pero es en la primera donde más actos se realizan, por lo que el potencial de evitar daños es mayor, principalmente por el «efecto cascada» que conlleva el inicio de cualquier actividad por el médico de familia.

En último término, la prevención cuaternaria es una cuestión social que interesa al conjunto de la población, a sanos y enfermos, especialmente en el actual contexto de creciente medicalización.

Un reciente e interesante estudio publicado en esta revista, *Definitivamente, ¿Quién sabe lo que es la prevención cuaternaria?* de A. Ibáñez et al, indicaba como la prevención cuaternaria es desconocida por una mayoría de médicos de atención primaria en nuestro medio. Alrededor de la mitad no contemplaban como importante el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

En este sentido las aportaciones del equipo CESCA, y los principios de la prescripción prudente (Fig. 1.)

### DO NOT DO

En el año 2007 el NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) de Gran Bretaña comenzó la elaboración de un listado de prácticas



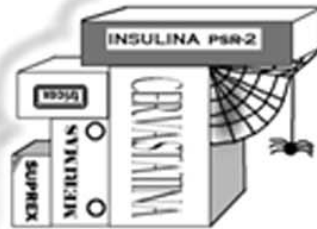
ACONSEJA CAMBIOS EN EL  
ESTILO DE VIDA PARA  
PREVENIR ENFERMEDADES



Adaptado de "Principles of Conservative Prescribing"  
(American Medical Association)

@prescripcP

PARA INFORMARTE DE UN  
FÁRMACO, BUSCA FUENTES  
OBJETIVAS



NO TENGAS PRISA POR UTILIZAR  
MEDICAMENTOS RECIENTE COMERCIALIZADOS



EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
DE NUEVOS SÍNTOMAS, CONSIDERA  
SIEMPRE EFECTOS SECUNDARIOS  
A FÁRMACOS



UTILIZA EL TIEMPO  
COMO TEST DIAGNÓSTICO  
Y TERAPEÚTICO



CONSIDERA BENEFICIOS Y  
RIESGOS A LARGO PLAZO



MANEJA POCOS  
MEDICAMENTOS  
Y ÚSALOS BIEN



NO CEDAS A PETICIONES  
DE FÁRMACOS PUBLICITADOS  
SIN SER CRÍTICO



ANTE EL FRACASO TERAPEÚTICO  
VALORA SI HUBO ADHERENCIA

@mlanda

Fig 1. Prescripción prudente – poster Publicado el 30/04/2016 <https://prescripcionprudente.wordpress.com/about/>

habituales en los servicios de salud, que no tenían suficiente sustento científico y por tanto recomendando el no continuar con las mismas, conocido como el lema **“Do Not Do” No hacer o no lo hagas.**

Durante el proceso de desarrollo de las guías, los asesores independientes del NICE identifican prácticas clínicas que recomiendan suspender por completo o no utilizar de forma rutinaria. Esto puede ser debido a la existencia de evidencia de que la práctica no aporta beneficios o a la falta de evidencia para apoyar su uso continuado. Estas son las recomendaciones que se han reunido en la base de datos de recomendaciones NICE No lo hagas. Esta base contiene todas las recomendaciones desde el año 2007, son obtenidas de las distintas guías y actualizadas o sustituidas si una nueva guía es publicada. Cada registro contiene, además de la recomendación, información adicional sobre la intervención en cuestión, la temática y la guía de dónde procede. Suponen una oportunidad más para la seguridad del paciente.

A modo de ejemplo, las recomendaciones sobre qué “no hacer” en problemas de columna:

- *No ofrecer radiología en el manejo del dolor lumbar inespecífico.*
- *No ofrecer programas de educación aislados sino incluir un componente educacional, consistente con la guía, como parte de otras intervenciones.*
- *No ofrecer tratamiento láser como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer terapia interferencial como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer ultrasonidos terapéuticos como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer estimulación nerviosa transcutánea (TENS) como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer apoyos lumbares como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer tracción como terapia no farmacológica para el dolor lumbar.*
- *No ofrecer inyecciones de sustancias terapéuticas en el dolor lumbar no específico.*
- *No ofrecer inhibidores selectivos de la re-*

*captación de la serotonina (ISRS) para tratar el dolor.*

### CHOOSING WISELY

En el año 2011 se inició en EEUU por la National Physicians Alliance el proyecto llamado **“Choosing Wisely” Elegir con prudencia**, para que las sociedades científicas elaborasen un listado de recomendaciones dirigidas a promover el uso más eficaz de los recursos de salud, en cuanto a pruebas diagnósticas o tratamientos. Las primeras indicaciones consensuadas en atención primaria se publican en 2012, posteriormente se añaden prácticamente todas las sociedades americanas, con más de 200 recomendaciones clínicas para mejorar la práctica clínica y evitar intervenciones innecesarias

Las Asociaciones Médicas canadienses también han creado el proyecto Choosing Wisely Canadá, unos listados de ciertas prácticas, métodos diagnósticos y tratamientos habituales, que no se ajustan a la evidencia y que pueden ocasionar daños innecesarios y han elaborado unas recomendaciones sobre la no conveniencia en la elección de ciertos procedimientos o de diversos medicamentos en determinadas circunstancias.

La clasificación de las recomendaciones de la No-Conveniencia del Uso de Procedimientos o Medicamentos de las Sociedades Médicas Canadienses, puede leerse en el original o traducido en el portal del medicamento de Castilla y León (9).

A modo de ejemplo indica la Sociedad de Hemoterapia y Nefrología en 2014 :

- *No administrar Inmunoglobulina intravenosa como primera línea de tratamiento en pacientes con Trombocitopenia Autoinmune Asintomática. Sociedad Canadiense de Hemoterapia No iniciar terapia con agentes estimulantes de la eritropoyesis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) con niveles de Hb  $\geq$  100 g/L sin síntomas de anemia. Sociedad Canadiense de Nefrología.*

Existen iniciativas similares en otros países de Europa: “Choosing Wisely” Holanda, “Prudent Healthcare” en Gales; “Slow Medicine” en Italia, así como en Australia, Japón o Brasil, es la iniciativa canadiense quien dirige el esfuerzo internacional.

### COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

El proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” se inició en el mes de abril de 2013, se puso en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en coordinación y como respuesta a una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) para acordar recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica, actualmente coordinado por el Ministerio, la SEMI y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, en el que participan 48 sociedades científicas. En el último documento se incluyen 200 recomendaciones finales de «no hacer» elaboradas por 40 sociedades científicas españolas, se prevé que el próximo año presenten las suyas las últimas sociedades

Con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Como objetivos secundarios se han marcado: Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados. Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

Cada sociedad establece 5 actuaciones en el ámbito de su especialidad. A modo de ejemplo las recomendaciones de las 3 sociedades de atención primaria SEMFYC, SEMERGEN y SEMG:

1. *No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.*

2. *No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.*

3. *No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.*

4. *No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos*

*sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.*

5. *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.*

#### Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría:

1. *No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).*

2. *No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TAC, RM), en niños y niñas con convulsión febril simple.*

3. *No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.*

4. *No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celiaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.*

5. *No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis Aguda*

#### Como último ejemplo las recomendaciones de la Sociedad de Urgencias y Emergencias:

1. *No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis, salvo pacientes gravemente enfermos que requieran un control estricto de la diuresis y sin poder asegurar micción espontánea voluntaria.*

2. *No realizar gasometrías arteriales a todo paciente con disnea, salvo en enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación moderada o grave con saturaciones de O<sub>2</sub> bajas y/o sospecha de hipercapnia, para iniciar o controlar ventilación mecánica no invasiva en insuficiencia cardíaca aguda grave o en el asma si existen signos de crisis grave o de riesgo vital o mala respuesta al tratamiento.*

3. *No realizar ecografía venosa de extremidades en pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda y dímero-D negativo.*

4. *No administrar plasma o concentrados*



de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K.

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas.

Para el resto de Sociedades - ver bibliografía nº 10.

Siguiendo estas recomendaciones sobre el “no hacer” el plan nacional de resistencia a los antibióticos, en noviembre de 2017, establece como una de sus líneas estratégicas las **recomendaciones sobre prescripción antimicrobiana en atención primaria, adultos**.

1) No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado de la prueba rápida de detección de antígeno de *S. pyogenes* (*Strep A* o similar) sea positiva.

2) No tratar con un antibiótico diferente al de primera elección, penicilina V, las faringoamigdalitis estreptocócicas no recurrentes si el paciente no es alérgico a la penicilina.

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

4) No prescribir antibióticos orales para la otitis externa aguda no complicada.

5) No tratar con antibióticos las conjuntivitis que se presuman de origen viral.

6) No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en adultos inmunocompetentes y sin comorbilidades en los que clínicamente no se sospecha neumonía.

7) 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.

8) No realizar profilaxis de forma rutinaria en pacientes con sonda vesical crónica al cambiar la sonda. Considerarla en pacientes con antece-

des de traumatismos durante el procedimiento o de infección sintomática tras el cambio, y en pacientes de riesgo como inmunodeprimidos o enfermedad grave de base.

9) No prescribir fármacos antifúngicos por vía oral ante sospecha de onicomycosis sin confirmación de la infección.

10) No mantener un tratamiento antibiótico que esté tomando un paciente si se sospecha una infección no bacteriana.

11) No utilizar la fosfomicina trometamol con posología diferente a la aprobada para infecciones agudas no complicadas de las vías urinarias bajas (1 sobre de 3 gramos en una sola dosis).

12) No utilizar la amoxicilina con ácido clavulánico si el probable microorganismo causante de la infección no produce betalactamasas (Ej.: *S. pyogenes*; *S. pneumoniae*).

13) No utilizar amoxicilina y ácido clavulánico 1000/62,5mg comprimidos de liberación prolongada fuera de la indicación aprobada (algunas neumonías adquiridas en la comunidad).

En Aragón se estableció la estrategia IRAS-PROA, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, como un programa de optimización del uso de antibióticos, creándose un grupo PROA hospitalario y otro en atención primaria.

## ATLAS DE VARIACION DE LA PRACTICA CLINICA

El Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud, liderado por el grupo de investigación en políticas y servicios de Salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, es una iniciativa de investigación que busca describir cómo las poblaciones utilizan y son atendidas por el Sistema de Salud Público, con el objetivo de informar sobre su calidad, eficiencia y equidad. El propósito es conocer los beneficios o riesgos de la exposición a los servicios, por el hecho de vivir en un determinado lugar, es decir por la diferente exposición de las poblaciones a los cuidados de salud.

Por ejemplo durante el 2017 se publicaron atlas sobre variaciones en cirugía ortopédica y traumatológica, sobre hospitalizaciones potencialmente evitables y sobre monitorización de los cuidados en diabetes por área sanitaria y zona básica de salud.

### CONCLUSION

Se ha producido un cambio cultural, el “no hacer” va influyendo en la toma de decisiones, se está integrando en el sistema sanitario y puede convertirse en una nueva forma de actuación. Los retos actuales serían diseminar y aplicar los contenidos por parte de los profesionales y desarrollar indicadores para medir su impacto. Las comunidades autónomas están obligadas a im-

plicarse en el uso de las recomendaciones con la necesaria coordinación estatal. Deberían facilitar a los servicios de salud la incorporación de la “elección prudente”, en sus líneas estratégicas, contratos programas y cartera de servicios.

No es una receta milagrosa, pero si un camino seguir. La reducción de prácticas inapropiadas requerirá tiempo, esfuerzo, organización y evaluación a lo largo del tiempo.

### BIBLIOGRAFIA

1. [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=994](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994)
2. <http://atalayamedica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/195>
3. [http://equipocesca.org/equipo\\_cesca/](http://equipocesca.org/equipo_cesca/)
4. <https://prescripcionprudente.wordpress.com/>
5. <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2012/09/no-lo-hagas-recomendaciones-nice-do-not.html>
6. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/cost-savings-resource-planning?page=1&pageSize=2000&published&type=Do+not+do>
7. <http://www.choosingwisely.org/>
8. <https://choosingwiselycanada.org/>
9. <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/choosing-wisely-elegir-sabiamente-asociaciones-medicas-cana>
10. [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_ssc.htm](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm)
11. [http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content\\_images/recomendaciones\\_prescripcion\\_antimicrobiana\\_en\\_ap\\_adultos.pdf](http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/recomendaciones_prescripcion_antimicrobiana_en_ap_adultos.pdf)
12. [http://www.aragon.es/Estrategia\\_irasproa](http://www.aragon.es/Estrategia_irasproa)
13. <http://www.atlasvpm.org/home>
14. El reto de no hacer. Rev Clin Esp 2017;217:208-910.1016/j.rce.2017.02.004 J. García-Alegría