

Los “Informes farmacoterapéuticos”:

Contienen información sobre medicamentos o grupos de medicamentos de alto coste y/o alta prevalencia.

Tienen el objetivo de proporcionar información relevante sobre evidencias disponibles para orientar la toma de decisiones terapéuticas.

Han de ser valorados en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica/Comisiones de Uso Racional del Medicamento por parte de los equipos multidisciplinares en ellas representados. De dicha valoración se deben derivar decisiones que supongan la mejor adecuación terapéutica en términos de eficacia, seguridad y costes, así como de seguimiento de dicha adecuación y de los resultados en los pacientes.

IFT N°1 Año 2018

RECOMENDACIONES DE “NO HACER” SOBRE MEDICAMENTOS

1. INTRODUCCIÓN

Los continuos avances en medicina tanto en medicamentos como en tecnologías, en ocasiones sólo añaden beneficios marginales^{1,2}. Además la sobreutilización de pruebas diagnósticas, procedimientos y tratamientos que no generan beneficios a los pacientes, pueden inducir daños diversos, riesgos innecesarios e ineficiencia global del Sistema Sanitario.

En lo que se refiere al uso de medicamentos, la velocidad de incorporación de las novedades dificulta el conocimiento necesario para su uso adecuado y eficiente.

Las organizaciones sanitarias deberían evolucionar en la línea de la eficacia y de la eficiencia de sus actividades, y “si queremos ahorrar con criterio

clínico, entonces no queda más remedio que ir un poco más lejos”³.

¿Son necesarias medidas complicadas para conseguir resultados?, parece que no, experiencias pioneras como la de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Michigan así lo avalan⁴.

En el campo de la terapia Oncológica, por ejemplo, encontramos estudios que ponen de manifiesto que en enfermos con una expectativa de vida de menos de 6 meses, el uso de quimioterapia no mejora la supervivencia con respecto a los cuidados paliativos y la calidad de vida empeora⁵. Otros datos invitan a la reflexión: 1 de cada 5 pacientes reciben quimioterapia durante el último mes de vida (11,3% en las últimas 2 semanas) y un 2% inicia un nuevo esquema de tratamiento en el último mes⁶. Por este motivo, en

relación con la quimioterapia paliativa en el cáncer avanzado, alguna iniciativa *desaconseja la quimioterapia dirigida contra el cáncer cuando, agotadas dos líneas de tratamiento, el enfermo tiene un mal estado funcional y las probabilidades de mejora son escasas*⁷, en lo que parece una propuesta relacionada con el principio hipocrático: *primum non nocere*.

La deprescripción y la discontinuación de tratamientos son decisiones muy importantes que hay que sistematizar. En su editorial Mandell BF⁸ analiza las situaciones que vive diariamente en su consulta, fruto de la comunicación con sus pacientes. En múltiples ocasiones, al revisar por qué se ha prescrito un medicamento, se encuentra que la causa que motivó la prescripción ya no existe. Considera que **hay que dar mensajes claros a los pacientes sobre inicios y finalizaciones y que hay que crear oportunidades para revisar periódicamente las prescripciones** de los pacientes. Parece claro que proporcionar información clara y precisa a los pacientes sobre los efectos clínicos y la seguridad de los tratamientos evita el sobreuso de los mismos⁹.

Publicaciones recientes muestran que las prácticas de escaso valor representan entre el 25% y el 33% de los gastos sanitarios de todos los países del mundo. Berwick¹⁰ al analizarlas destaca que:

- a) afectan, aunque de manera muy desigual, a todos los servicios sanitarios y a todas las especialidades
- b) existe elevada desproporción en procesos clínicos específicos
- c) no solo afecta a los países ricos, también se observan en los países en desarrollo y en los países pobres
- d) no se relacionan con el mayor consumo de recursos, ya que en áreas con menos frecuentaciones también se desperdicia.

Existen diferentes propuestas y en un análisis de lo que puede suceder, Kerr et al¹¹ presentan tres áreas principales: identificar objetivos clínicos altamente prioritarios, desarrollar intervenciones basadas en la teoría y evaluar intervenciones para que sean clínicamente significativas.

Iniciativas como los PROAs que tratan de optimizar la prescripción de antibióticos y así reducir las

resistencias son un ejemplo a seguir. Las Sociedades Científicas siguen insistiendo, por ejemplo, en que no debemos prolongar más de 24 horas la profilaxis antibiótica (ver recomendación 1 y 15). Sin embargo, datos de la encuesta Europea indican que en España el 55% de la profilaxis quirúrgica se da más de un día¹².

2. RECOMENDACIONES DE NO HACER EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este debate ha llevado a iniciativas internacionales y nacionales para tratar **de mejorar el uso apropiado de las pruebas diagnósticas y a reducir los tratamientos inapropiados**. El proyecto *Choosing Wisely del American Board of Internal Medicine* fue pionero e inspirador para otras iniciativas en diferentes países. Otra iniciativa pionera fue “*do not do recommendations*” del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), aunque recientemente ha decidido no mantener la base de datos “do not do”. En España se inició en el año 2013 el proyecto *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas* coordinado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social¹³.

Parece clara la necesidad de intentar revertir las prácticas clínicas de escaso valor. Desde la Farmacia Hospitalaria en España se considera que “*no debemos seguir utilizando medicamentos de eficacia clínica incierta, alto impacto económico o problemas de seguridad sin promover estudios de resultados en salud*”¹⁴. Parece lógico potenciar el análisis de qué resultados tenemos en nuestros pacientes para ver en qué invertimos, y si no se obtienen resultados potenciar actuaciones clínicas que sí tengan resultados. Esto no es una propuesta novedosa, ya por el año 2007 Michael Porter propuso el lema “*better health per dollar spent*”¹⁵.

Dados los esfuerzos realizados por múltiples sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales, **parece útil recoger de manera esquemática todas las propuestas relacionadas con los medicamentos** para en la práctica clínica valorar sobre cómo trasladar estas reflexiones para reducir o evitar el uso de medicamentos:

- ✓ Ineficaces

- ✓ Con balance desfavorable tanto en beneficio/riesgo como en beneficio/costes
- ✓ Si hay disponibles mejores alternativas
- ✓ De manera secuencial sin evidencias disponibles si son alternativas terapéuticas
- ✓ Más tiempo del necesario, especialmente en el caso de los antibióticos
- ✓ Al final de la vida si no van aliviar síntomas ni mejorar la calidad de vida de los pacientes

evaluado la adecuación o el valor de múltiples prestaciones en salud y sus resultados.

La tabla 1 de este IFT muestra las recomendaciones de no hacer propuestas por distintas sociedades nacionales, toda esta información está recogida en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm¹³.

La tabla 2 muestra otras recomendaciones nacionales basadas en el modelo “no hacer” que tienen por objetivo disminuir intervenciones sanitarias innecesarias.

La tabla 3 muestra las recomendaciones internacionales.

No queremos que sea un listado de 105 recomendaciones, sino que debemos transformar la teoría en práctica, **cuando las recomendaciones se hacen a nivel local parece que la implementación es más adecuada**; iniciativas nacionales como las comisiones de mejora de la práctica clínica así lo indican³. Pongámonos pues en marcha con un plan de actuación, valorando con **intervenciones ajustadas a nuestro contexto** los resultados en los pacientes.

Ejemplos del sobreuso de los tratamientos existen en todas las áreas, y con consecuencias negativas^{16,17,18,19}. Seleccionemos prácticas e intentemos revertirlas con iniciativas locales, con la intención de no seguir consumiendo recursos en prácticas clínicas de escaso valor o sobreutilizando tratamientos que en nada benefician a los pacientes. Con la colaboración de todos seguiremos aprendiendo, mejorando y obteniendo resultados eficientes en los pacientes.

Todas las recomendaciones de no hacer nacionales e internacionales se encuentran en el portal DianaSalud.com (<http://www.dianasalud.com/index.php/>) y constituye un repositorio de las diferentes iniciativas que han

Tabla 1. Recomendaciones de “no hacer” nacionales¹³

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<ol style="list-style-type: none"> 1. No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica. 2. No realizar profilaxis antibiótica de rutina para la cirugía no protésica limpia y no complicada. 3. No indicar antibioterapia postoperatoria en apendicitis no complicada. 	Asociación Española de Cirujanos (AEC)
<ol style="list-style-type: none"> 4. No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo). 5. No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis. 	Asociación Española de Pediatría (AEP)
<ol style="list-style-type: none"> 6. En las reacciones anafilácticas, no utilizar los antihistamínicos ni los corticoides como primera línea de tratamiento priorizando el uso de adrenalina. 7. No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados. 	Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)
<ol style="list-style-type: none"> 8. No utilice rutinariamente antisépticos o antibióticos tópicos para el tratamiento de una úlcera por presión en adultos. 	Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)
<ol style="list-style-type: none"> 9. No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio. 10. No prescribir fibratos de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular. 11. No utilizar de forma rutinaria antagonistas de canales de calcio para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio. 12. 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). 13. 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. 	Sociedad Española de Cardiología (SEC)
<ol style="list-style-type: none"> 14. No realizar profilaxis antibiótica sistemática en cirugía oral menor, incluyendo extracciones dentarias, sin signos de infección previa. 	Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM)
<ol style="list-style-type: none"> 15. No prolongar más de 24 horas la profilaxis antibiótica después de una intervención quirúrgica no complicada. 16. No prescribir opiáceos en dolor lumbar discapacitante agudo antes de evaluar y de considerar otras alternativas. 	Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)
<ol style="list-style-type: none"> 17. No utilizar glitazonas en pacientes diabéticos con insuficiencia cardiaca. 18. No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal. 	Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Tabla 1 (continuación). Recomendaciones de “no hacer” nacionales¹³

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<p>19. No usar medidas terapéuticas intensivas para conseguir una reducción de HbA1c <7,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con una expectativa de vida <10 años. (Seguimiento en base a PRM DGAS_FAR_GRAPRM-04²⁰)</p> <p>20. No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento.</p>	<p>Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)</p>
<p>21. 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).</p> <p>22. 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).</p>	<p>Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)</p>
<p>23. No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.</p> <p>24. No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.</p> <p>25. No emplear la rifampicina junto con pirazinamida por su elevada toxicidad para la quimioprofilaxis primaria de la tuberculosis en las personas inmunocompetentes.</p>	<p>Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)</p>
<p>26. No continuar el tratamiento antibiótico empírico, iniciado tras ingreso por infección grave, sin valorar diariamente su pertinencia y posible desescalamiento.</p>	<p>Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SeMicyuc)</p>
<p>27. No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.</p> <p>28. No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.</p> <p>29. En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.</p>	<p>Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)</p>
<p>30. No continuar con antibióticos más de 24-48 horas en pacientes hospitalizados, a menos que haya evidencia clara de infección.</p> <p>31. No utilice la descontaminación nasal con agentes antimicrobianos tópicos destinados a eliminar el <i>Staphylococcus Aureus</i> rutinariamente para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico, ante procedimientos ni cardíacos, ni ortopédicos.</p>	<p>Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSH)</p>

Tabla 1 (continuación). Recomendaciones de “no hacer” nacionales¹³

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<p>32. En el asma bronquial, no utilizar LABA's (broncodilatadores betamiméticos inhalados de acción prolongada) como único tratamiento.</p> <p>33. 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).</p> <p>34. En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo.</p>	<p>Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)</p>
<p>35. No se deberá usar de forma rutinaria la asociación de un inhibidor directo de la renina y un inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAI).</p> <p>36. No prescribir suplementos de ácido fólico, ni vitamina C específicamente para el tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica (ERC).</p>	<p>Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.)</p>
<p>37. No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson.</p> <p>38. No usar anticoagulantes de forma rutinaria en el tratamiento del ictus agudo.</p> <p>39. En pacientes con esclerosis múltiple no usar tratamiento con corticosteroides de larga duración.</p>	<p>Sociedad Española de Neurología (SEN)</p>
<p>40. No usar nutrición parenteral en pacientes en los que el aparato digestivo funciona adecuadamente y es accesible por vía oral o enteral.</p> <p>41. No retrasar más de 48 horas el inicio de Nutrición Enteral en pacientes críticos estables hemodinámicamente en que no haya expectativa de ingesta oral en 3-5 días.</p> <p>42. No usar la vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico o suplementos en personas con demencia para la prevención o tratamiento del deterioro cognitivo cuando no hay ninguna indicación o deficiencia.</p> <p>43. No utilizar dietas enterales enriquecidas con arginina en pacientes con sepsis grave (shock o fracaso multiorgánico).</p>	<p>Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE)</p>
<p>44. No administrar de forma concomitante anticuerpos antiEGFR y anticuerpos antiangiogénicos en cáncer colorrectal metastásico KRAS nativo.</p> <p>45. En cáncer de mama: no administrar de forma simultánea quimioterapia adyuvante con la terapia endocrina adyuvante.</p> <p>46. No iniciar tratamiento neoadyuvante (terapia sistémica primaria) para el cáncer de mama sin un estudio histológico completo previo (que incluya receptores hormonales y HER2) y sin un marcaje previo del tumor.</p> <p>47. No se recomienda utilizar bisfosfonatos para la prevención de metástasis óseas en pacientes con cáncer de próstata.</p>	<p>Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)</p>

Tabla 1 (continuación). Recomendaciones de “no hacer” nacionales¹³

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
48. No administrar tratamiento adyuvante en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico estadio IA (T1a-bN0M0) si los márgenes son negativos.	Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
49. No dar profilaxis antibiótica a personas con pancreatitis aguda leve.	Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
50. No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales.	
51. No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.	Sociedad Española de Reumatología (SER)
52. No utilizar antipsicóticos para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria.	Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
53. No prescribir los antihistamínicos para el tratamiento del trastorno de pánico.	
54. No administrar benzodiacepinas de vida media larga para el tratamiento crónico del insomnio, en personas mayores de 65 años.	
55. No se recomienda en psicosis y esquizofrenia infantil utilizar una dosis de carga de antipsicóticos (técnica de neuroleptización rápida).	

Tabla 2. Recomendaciones nacionales basadas en el modelo “no hacer”

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
56. No indicar aminas para normalizar los parámetros hemodinámicos aislados sin tener en cuenta la situación clínica y los signos de bajo gasto o vasoplejía postoperatoria.	Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)²¹
57. No utilizar en ningún caso la dopamina, a dosis renales, como profilaxis de la disfunción renal aguda ni como tratamiento de la misma.	
58. No utilizar en ningún caso la furosemida, como profilaxis de la disfunción renal aguda, ni como tratamiento de la misma.	
59. No utilizar nefrotóxicos en pacientes críticos que se han recuperado de un episodio de disfunción renal aguda salvo que sea imprescindible por completo.	
60. No emplear dopamina en la resucitación del paciente en shock séptico.	
61. No utilizar coloides sintéticos en la resucitación de los pacientes sépticos.	
62. No modificar la dosis de carga inicial de antimicrobianos en el paciente séptico aunque exista disfunción renal.	
63. No utilizar antibióticos de amplio espectro o de uso restringido cuando es posible desescalar.	
64. No retrasar el inicio de la nutrición enteral en pacientes con estabilidad hemodinámica después de la resucitación de un shock con fluidos y con al menos un fármaco vasopresor o ionotrópico.	

Tabla 2 (continuación). Recomendaciones nacionales basadas en el modelo “no hacer”

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<p>65. No retrasar ni interrumpir la nutrición enteral por el solo hecho de que el paciente esté en posición de decúbito prono.</p> <p>66. No iniciar soporte nutricional artificial sin haber evaluado la posibilidad de que se desarrolle un síndrome de retroalimentación y haber tomado las medidas adecuadas para prevenirlo.</p> <p>67. No administrar metilprednisolona a dosis elevadas a dosis elevadas en la lesión medular aguda traumática de modo rutinario.</p> <p>68. No administrar soluciones hipotónicas en el paciente neurocrítico.</p> <p>69. No administrar fármacos antiepilépticos en pacientes con ictus reciente que no hayan tenido crisis.</p> <p>70. No iniciar la sedación en los pacientes hasta no asegurar un nivel de analgesia correcto y adecuado según escalas validadas.</p> <p>71. No utilizar únicamente medidas farmacológicas para tratar y prevenir el delirium, evitando las benzodiacepinas y las sujeciones mecánicas.</p> <p>72. No indicar bloqueo neuromuscular prolongado hasta haber asegurado la sedación profunda (RASS-4/-5) y la analgesia adecuada.</p> <p>73. No administrar tiamina a todo paciente con intoxicación alcohólica aguda sin antecedentes de alcoholismo crónico o desnutrición severa.</p> <p>74. No administrar flumazenilo en pacientes con alto riesgo de crisis comiciales o arritmias.</p> <p>75. No evaluar el tratamiento de la intoxicación por paracetamol con los niveles plasmáticos antes de las 4 h postingesta, dado que no puede valorarse bien la gravedad del paciente.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)²²</p>
<p><u>EPOC ESTABLE:</u></p> <p>76. No administrar corticoides inhalados como tratamiento de rutina en pacientes con volumen espiratorio forzado en el primer segundo >60% y con menos de dos exacerbaciones agudas en el año anterior o en pacientes sin fenotipo asma-EPOC.</p> <p>77. No asumir que los pacientes se administran correctamente la medicación inhalada en ausencia de una apropiada confirmación.</p> <p>78. No cambiar el tratamiento inhalado sin una primera valoración del cumplimiento del tratamiento.</p> <p><u>EXACERBACIONES AGUDAS DE LA EPOC:</u></p> <p>79. No prescribir tratamiento antibiótico en todos los casos de exacerbación aguda.</p> <p>80. No prescribir medicación nebulizada en todos los casos de exacerbación aguda.</p> <p>81. No prescribir corticoides durante períodos superiores a 14 días o con una reducción progresiva en el tratamiento.</p>	<p style="text-align: center;">No hacer en EPOC. Grupo de trabajo de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (Neumomadrid)²³</p>

Tabla 3. Recomendaciones de “no hacer” internacionales²⁴

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<p>82. No iniciar tratamiento para tratar síntomas, eventos adversos o efectos secundarios sin determinar si un tratamiento existente o la falta de adherencia es la causa, y si se justifica una reducción de dosis, discontinuación de la medicación u otro medicamento.</p> <p>83. No prescribir medicamentos para pacientes con cinco o más medicamentos, o continuar con los medicamentos indefinidamente, sin una revisión exhaustiva de medicación, incluidos los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos, para determinar si alguno de los medicamentos o suplementos debe o puede ser interrumpido.</p> <p>84. No continuar con los medicamentos basándose exclusivamente en la historia farmacoterapéutica, a menos que haya sido verificada con el paciente por un experto en uso de medicamentos (por ejemplo, un farmacéutico) y se haya establecido la necesidad de continuar con el tratamiento.</p> <p>85. No prescribir los medicamentos de los pacientes dados en el momento del alta antes del ingreso sin verificar que estos medicamentos siguen siendo necesarios y que los medicamentos prescritos al alta no darán lugar a duplicidad, interacciones medicamentosas o eventos adversos.</p> <p>86. No prescriba ni administrar medicamentos orales líquidos usando cucharadita o cucharada para la medición; utilizar sólo mililitros cuando se mida con un dispositivo de dosificación adecuado (por ejemplo, una jeringa oral).</p>	<p>American Society of Health-System Pharmacists (ASHSP)²⁵</p>
<p>87. No utilizar terapia dirigida al cáncer en tumores sólidos en pacientes con las siguientes características: bajo performance status (3-4), no beneficio con intervenciones basadas en evidencia previas, no elegible para un ensayo clínico, sin fuertes evidencias que soporten el valor clínico de posteriores tratamientos anticancerosos.</p> <p>88. No utilizar factores estimulantes de colonias de granulocitos para la prevención primaria de la neutropenia febril en pacientes con menos del 20% de riesgo para esta complicación.</p> <p>89. No dar a los pacientes que inician regímenes de quimioterapia de bajo o moderado riesgo de causar náuseas y vómitos los antieméticos que están destinados para regímenes con alto riesgo de causar náuseas y vómitos.</p> <p>90. No utilizar quimioterapia combinada (múltiples medicamentos) en lugar de quimioterapia con un solo fármaco en pacientes con cáncer de mama metastásico si no se necesita una rápida respuesta para eliminar síntomas relacionados con el tumor.</p> <p>91. No utilizar terapia dirigida destinada a una aberración genética específica a no ser que las células tumorales del paciente tengan un biomarcador específico que prediga una respuesta efectiva a dicha terapia dirigida.</p>	<p>American Society of Clinical Oncology (ASCO)²⁶</p>

Tabla 3 (continuación). Recomendaciones de “no hacer” internacionales

Recomendación de “no hacer”	Sociedad
<p>92. Evitar la quimioterapia y focalizar la atención en el alivio de síntomas y en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado en los que es poco probable que vayan a beneficiarse de la quimioterapia (p. ej. performance status 3-4).</p> <p>93. No retrasar o evitar los cuidados paliativos en pacientes con cáncer metastásico por causa de utilizar tratamientos dirigidos a la enfermedad.</p> <p>94. No iniciar tratamiento en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo (T1/T2, PSA < 10 ng/ml, Gleason < 7) sin discutir previamente la vigilancia activa.</p> <p>95. No utilizar rutinariamente tratamiento locorregional extensivo en la mayor parte de los cánceres en los cuales existe enfermedad metastásica y mínimos síntomas atribuibles al tumor primario (p.ej. cáncer colorrectal).</p>	<p>Canadian Association of Medical Oncology²⁷</p>
<p>96. No usar en exceso antibióticos no betalactámicos en pacientes con antecedentes de alergia a penicilina, sin una evaluación adecuada.</p> <p>97. No solicitar tomografía computarizada sinusal (TC) o prescribir indiscriminadamente antibióticos para la rinosinusitis aguda no complicada.</p> <p>98. No confíe en los antihistamínicos como tratamiento de primera línea en reacciones alérgicas graves.</p>	<p>American Academy of Allergy Asthma & Immunology²⁸</p>
<p>99. No administrar antibióticos de rutina antes y después de las inyecciones intravítreas.</p> <p>100. No utilizar antibióticos para la conjuntivitis adenoviral.</p>	<p>American Academy of Ophthalmology²⁹</p>
<p>101. No administrar rutinariamente antibióticos profilácticos en procedimientos laparoscópicos de bajo riesgo.</p>	<p>AAGL – Elevating Gynecologic Surgery³⁰</p>
<p>102. No prescribir analgésicos opioides como tratamiento a largo plazo para tratar el dolor crónico no oncológico hasta que se consideren los riesgos y se discutan con el paciente.</p> <p>103. No prescribir analgésicos opioides como tratamiento de primera línea para el tratamiento del dolor crónico no oncológico.</p>	<p>American Society of Anesthesiologists – Pain Medicine³¹</p>
<p>104. No tratar la cistitis no complicada en mujeres con fluoroquinolonas si existen otras opciones al tratamiento antibiótico oral.</p>	<p>American Urological Association³²</p>
<p>105. No tratar las infecciones asintomáticas de las vías urinarias en los pacientes con sonda.</p>	<p>Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation³³</p>

3. CONCLUSIONES

1. Tratar de identificar y disminuir las intervenciones farmacoterapéuticas innecesarias, que no han demostrado eficacia y/o que no aportan valor y/o con escasa o dudosa efectividad y/o que no sean coste-efectivas, ha llevado a la redacción de iniciativas internacionales y nacionales que son recomendaciones para una necesaria autorreflexión crítica sobre la práctica diaria.
2. Esta reflexión crítica es clave para el éxito de las intervenciones sanitarias y con el objetivo común de orientación a resultados clínicos (si algo no funciona no seguir utilizándolo: “reversión”), procede la valoración multidisciplinar de un plan concreto de actuación.
3. Cuando la selección de las recomendaciones y las iniciativas posteriores se hacen a nivel local, parece que la implicación e implementación es más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Dickson R, Boland A, Duarte R, Kotas E, Woolacott N et al. EMA and NICE appraisal processes for cancer drugs: current status and uncertainties. *Appl Health Econ Health Policy* 2018;16:429-432.
- ² Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A et al. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ* 2017;359:j4530
- ³ Varela J. Ahorrar con criterio clínico desde la perspectiva del ámbito hospitalario. *Med Clin* 2012;139(4):165-70.
- ⁴ Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.
- ⁵ Reljic T, Kumar A, Klocksieben FA, Djulbegovic B. Treatment targeted at underlying disease versus palliative care in terminally ill patients: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e014661. doi:10.1136/bmjopen-2016-014661.
- ⁶ Rochigneux P, Raoul JL, Aubry R, Goldwasser F, Tournigand C, Morin L. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter?. *Ann Oncol* 2017;28:809-17.
- ⁷ Recomendaciones de “no hacer” del área oncológica dentro del programa Essencial de la Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://essencialsalut.gencat.cat/ca/recomanacions/recomenacions_per_especialitat/oncologia [acceso:06/07/2018]
- ⁸ Mandell BF. Deprescribing: When trying for less is more. *Cleve Clin J Med*. 2018 Mar;85(3):179-180.
- ⁹ Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, González de Dios J, Aranaz Andrés JM. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. *BMJ Open*. 2018 Jun 15;8(6):e021339. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021339.
- ¹⁰ Berwick DM. Avoiding overuse-the next quality frontier. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):102-104.
- ¹¹ Kerr EA, Kullgren JT, Saini SD. Choosing Wisely: How To Fulfill The Promise In The Next 5 Years. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Nov;36(11):2012-2018.
- ¹² European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf> [acceso: 13/07/2018]
- ¹³ Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm [acceso: 12/07/2018]
- ¹⁴ VV.AA. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria: “No hacer”, una visión desde la farmacia hospitalaria (nº 8). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2017.
- ¹⁵ Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007 Mar 14;297(10):1103-11.
- ¹⁶ Pilcher J, Patel M, Pritchard A, Thayabaran D, Ebmeier S, Shaw D, Black P, Braithwaite I, Weatherall M, Beasley R. Beta-agonist overuse and delay in obtaining medical review in high risk asthma: a secondary analysis of data from a randomised controlled trial. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017 May 11;27(1):33. doi: 10.1038/s41533-017-0032-z.

-
- ¹⁷ Diener HC, Holle D, Dresler T, Gaul C. Chronic Headache Due to Overuse of Analgesics and Anti-Migraine Agents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jun 1;115(22):365-370.
- ¹⁸ Schleicher SM, Bach PB, Matsoukas K, Korenstein D. Medication overuse in oncology: current trends and future implications for patients and society. *Lancet Oncol.* 2018 Apr;19(4):e200-e208.
- ¹⁹ Kazberuk M, Brzósko S, Hryszko T, Naumnik B. Overuse of proton pump inhibitors and its consequences. *Postepy Hig Med Dosw (Online).* 2016 Oct 14;70(0):1112-1116.
- ²⁰ Grupo de Análisis de PRM. Terapia combinada con cuatro o más antidiabéticos no insulínicos (ADNI). PRM. DGAS_FAR_GRAPRM-04. Versión 1. 08/06/2018.
- ²¹ González de Molina Ortiz FJ, Gordó Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, et al; grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. "Do not do" recommendations of the working groups of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of critically ill patients. *Med Intensiva.* 2018 May 19. pii: S0210-5691(18)30117-7.
- ²² González de Molina Ortiz FJ, Gordó Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, et al; grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. "Do not do" recommendations of the working groups of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of critically ill patients. *Med Intensiva.* 2018 May 19. pii: S0210-5691(18)30117-7.
- ²³ Villar-Álvarez F, Moreno-Zabaleta R, Mira-Solves JJ, Calvo-Corbella E, Díaz-Lobato S, González-Torralba F, et al. Do not do in COPD: consensus statement on overuse. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018 Feb 2;13:451-463.
- ²⁴ Choosing Wisely®. Recommendations. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/01/Choosing-Wisely-Recommendations.pdf> [acceso: 06/07/2018].
- ²⁵ Five Things Physicians and Patients Should Question. American Society of Health-System Pharmacists. Choosing Wisely®. Disponible en: [http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American Society of Health-System Pharmacists](http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Society_of_Health-System_Pharmacists) [acceso: 06/07/2018].
- ²⁶ Five Things Physicians and Patients Should Question. American Society of Clinical Oncology. Choosing Wisely®. Disponible en: [http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American Society of Clinical Oncology](http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Society_of_Clinical_Oncology) [acceso: 06/07/2018].
- ²⁷ Five Things Physicians and Patients Should Question. Canadian Association of Medical Oncology. Choosing Wisely®. Disponible en: <http://www.choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2015/01/Oncology.pdf>. [acceso: 06/07/2018].
- ²⁸ Five Things Physicians and Patients Should Question. American Academy of Allergy Asthma and Immunology. Choosing Wisely®. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/AAAAI-Choosing-Wisely-List.pdf> [acceso 06/07/2018]
- ²⁹ Five Things Physicians and Patients Should Question. American Academy of Ophthalmology. Choosing Wisely®. Disponible en: [http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American Academy of Ophthalmology](http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Academy_of_Ophthalmology) [acceso: 06/07/2018].
- ³⁰ Five Things Physicians and Patients Should Question. AAGL – Elevating Gynecologic Surgery. Choosing Wisely®. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=AAGL> [acceso: 06/07/2018].
- ³¹ Five Things Physicians and Patients Should Question. American Society of Anesthesiologists – Pain Medicine. Choosing Wisely®. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-society-of-anesthesiologists-pain-medicine/> [acceso: 06/07/2018].
- ³² Five Things Physicians and Patients Should Question. American Urological Association. . Choosing Wisely®. Disponible en: [http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American Urological Association](http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Urological_Association). [acceso: 06/07/2018].
- ³³ Five Things Physicians and Patients Should Question. Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation. Choosing Wisely®. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/02/Physical-medicine-and-rehabilitation.pdf> [acceso: 06/07/2018].