



# 146 prácticas médicas en el punto de mira

Informe de la Clínica Mayo sobre estudios en el 'New England'

Duda de la eficacia de pruebas diagnósticas, cirugías y fármacos

Sociedades científicas españolas elaboran su propia 'lista negra'

## PRIMER PLANO

Una revisión de prácticas médicas generalizadas basada en estudios publicados en *The New England* entre 2001 y 2010 concluye

con un listado de 146 estrategias diagnósticas y terapéuticas que deberían cuestionarse o abandonarse. Esta reevaluación de procedimientos, que se publica en

*Mayo Clinic Proceedings* y que ha analizado una ingente muestra bibliográfica, forma parte de una corriente de debate cada vez más frecuente en publicaciones

científicas. En España, una treintena de sociedades científicas están elaborando su propio listado de prácticas desaconsejadas por ineficaces. **PÁG. 2-3**



# 146 prácticas médicas para olvidar

La literatura médica de los últimos años cuestiona prácticas rutinarias

El sistema de publicación científica, detrás del 'inflado' de los estudios

Difundir y elevar la exigencia de las evidencias, posibles soluciones

MADRID  
**SONIA MORENO/  
 RAQUEL SERRANO**



Cuántos de los procedimientos médicos y quirúrgicos que se realizan de forma rutinaria deberían revisarse o, directamente, abandonarse? Por lo menos, 146. Es la propuesta concreta que hace un grupo estadounidense tras analizar los estudios publicados entre 2001 y 2010 en *The New England Journal of Medicine*, la revista médica con mayor factor de impacto. Vinay Prasad, de los Institutos Nacionales de Salud estadounidenses, ha coordinado este metanálisis donde se concluye que el 40 por ciento de prácticas generalizadas en la clínica y el quirófano reevaluadas en *New England* en la última década no ofrecían beneficios: "No es que una vez funcionaron y se han superado, sino que nunca llegaron a funcionar. Fue un error adoptarlas, nunca ayudaron a los pacientes y han erosionado la confianza en la medicina", sentencia Prasad.

**LO QUÉ SE ESTÁ HACIENDO**  
 De los 1.344 estudios publicados en *The New England* en ese periodo que evaluaban prácticas médicas, sólo un 27 por ciento (363) analizaban estrategias clínicas (diagnósticas y terapéuticas) establecidas, e incluso algunas recomendadas; el 73 por ciento restante, la gran mayoría, se centraban en procedimientos nuevos, lo que para Prasad es "muy valioso, pero saber si lo que hacemos está bien o mal es igualmente crucial para la atención del paciente".

El 40,2 por ciento de los trabajos evaluados (146 de 363) señalaban que el procedimiento era ineficaz o cuestionable; mientras que el 38 por ciento reafirmaba

su valor, y el 21,8 por ciento no fueron concluyentes, según los datos del análisis que Prasad publica en *Mayo Clinic Proceedings*, y que destaca como el mayor realizado sobre prácticas médicas revisables. Entre esas prácticas rebatidas se encuentran, por citar algunas, la angioplastia con *stent* en la enfermedad coronaria estable, la terapia hormonal para reducir riesgo cardiovascular en mujeres postmenopáusicas y el catéter arterial pulmonar en pacientes en choque.

El objeto de este trabajo no es explicar por qué una práctica médica que no funciona bien se generaliza, pero John Ioannidis, especialista en Salud Pública de la Universidad de Stanford (California), aporta algunas pistas, en un editorial que acompaña al análisis de Prasad. Ioannidis achaca parte de la culpa a la política de las publicaciones, que favorece la exageración de los buenos resultados o del peso de estudios con muestras pequeñas. El experto confía en que estos

146 casos se conviertan en "ejemplos de éxito" al transmitir a los investigadores clínicos y a los médicos más avezados que "el *status quo* actual consiste en que hacer menos es más. Si aprendemos de esos ejemplos, unos resultados aparentemente decepcionantes podrían ser muy útiles para reducir daños en los pacientes y costes en el sistema sanitario".

Los ejemplos, en realidad, podrían constituir el inicio de una lista mucho más larga. Según los cálculos de Ioannidis, la muestra utili-

zada por Prasad supone menos del uno por ciento de todos los ensayos aleatorizados que se han publicado en la pasada década (se estima que habrá más de 10.000 al año).

Si se extrapola la proporción hallada en el trabajo, habría varias decenas de miles de estudios, de los 23 millones que pululan por *PubMed*, que estarían aconsejando la revisión de diferentes prácticas médicas.

Al margen de las impresionantes cifras, las medidas a adoptar ante resulta-

dos como éste buscan recordar que tan importante es la identificación de los procedimientos ineficaces, como su adecuada difusión, para que clínicos, profesores y alumnos tomen nota, y, como concluye Ioannidis, que "quizá haya que exigir un mayor nivel de evidencia antes de establecer recomendaciones de impacto".

**DIARIOMEDICO.COM**  
 Lea el documento íntegro con los procedimientos desaconsejados en nuestra página web.

## UN COMPENDIO DE ESTRATEGIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE SEPARAN EL GRANO DE LA PAJA

Prácticas médicas desautorizadas por el metanálisis de las Clínicas Mayo (Estados Unidos) por su ineficacia, por sus efectos dañinos o por su inferioridad frente a procedimientos más simples.

1. Prescindir de vacunaciones por riesgo de recidiva en esclerosis múltiple.
2. Prescindir de vacunación de la hepatitis B por riesgo de esclerosis múltiple.
3. Inducción de hipotermia tras lesión cerebral aguda.
4. Medición de niveles iniciales de ARN del VIH plasmático para determinar progresión a sida sin atender a diferencias entre hombres y mujeres.
5. Fármacos anticonvulsivantes en el embarazo por teratogenicidad.
6. Insertar de forma precoz (a los tres meses) tubos de timpanostomía para la otitis media persistente en niños de tres años, frente a esperar unos meses más.
7. Terapia de quelación con *succimer* para mejorar el desarrollo neuropsicológico de niños expuestos a plomo.
8. Profilaxis con indometacina en grandes prematuros.
9. Tratamiento antibiótico en pacientes con síntomas persistentes de enfermedad de Lyme.
10. Anticoagulación oral durante tres meses, frente al año, en trombosis venosa profunda idiopática.
11. Administrar metronidazol para evitar el parto pretérmino en embarazadas con infección asintomática por *Trichomonas vaginalis*.
12. Colocar en posición boca abajo al paciente tras una insuficiencia respiratoria aguda para mejorar la supervivencia.
13. Terapia médica de la neurocisticercosis con quistes gigantes subaracnoideos.
14. Naltrexona para tratar el alcoholismo.
15. Reducir la ingesta de calcio para evitar cálculos recurrentes en hipercalcemia idiopática.
16. Medir la frecuencia de contracciones uterinas para predecir parto pretérmino.
17. Cribado infantil del neuroblastoma para reducir mortalidad.
18. Cribado del neuroblastoma al año de edad para reducir la mortalidad.
19. Cirugía inmediata en aneurismas aórticos abdominales pequeños, frente a tratamiento médico conservador.
20. Administrar mupirocina intranasal para evitar infecciones por *Staphylococcus aureus* postquirúrgico.
21. Artroscopia en artrosis de rodilla, frente a placebo, para dolor y función.
22. Mastectomía más agresiva frente a la opción quirúrgica menos radical.
23. Tratar con digoxina la insuficiencia cardíaca en mujeres.
24. Antibioterapia en mujeres diabéticas con bacteriuria asintomática.
25. Control del ritmo cardíaco en pacientes con fibrilación auricular, frente al control de la frecuencia cardíaca.
26. Control del ritmo cardíaco, frente a la fibrilación auricular persistente recurrente.
27. Empleo del catéter de arteria pulmonar (PAC) en paciente con alto riesgo quirúrgico.
28. Estudios de imagen tras una primera infección del tracto urinario con fiebre en niños pequeños.
29. Suplementación con vitamina A para reducir el riesgo de fractura.
30. Tratamiento citotóxico de tumores del intestino medio, por asociarse con enfermedad carcinóide del corazón.
31. Terapia con estrógeno y progesterona para mejorar la calidad de vida.
32. Radioterapia en linfoma de Hodgkin avanzado.
33. Quimioterapia (QT) adyuvante seguida de QT a altas dosis y autotrasplante de células madre, frente a administrar sola QT convencional en tumor de mama primario.
34. Adrenalina nebulizada para tratar la bronquiolitis aguda infantil.
35. Usar cubiertas impermeables para la cama de pacientes con rinitis alérgica.
36. Usar cubiertas impermeables para la cama de pacientes adultos con asma.
37. Estrógenos y progesterona para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.
38. Terapia hormonal para reducir la progresión de enfermedad arterial coronaria (EAC) en mujeres postmenopáusicas.
39. Tratamiento con dexametasona de la enfermedad pulmonar crónica del prematuro.
40. Utilizar la PCR para identificar alto riesgo de enfermedad coronaria aguda.
41. Resección y aneuploidia en leucoplasia para reducir mortalidad.
42. Administrar dosis altas de adrenalina a niños con paro cardíaco, frente a las dosis normales.
43. Cirugía por laparoscopia con malla en hernia inguinal, frente a la cirugía abierta.
44. Tratamiento con folatos para reducir reestenosis del *stent*.
45. Tratamiento con valaciclovir o con la combinación de éste y metilprednisolona, frente al tratamiento con esteroides en la neuritis vestibular.
46. Radioterapia tras lumpectomía con tamoxifeno en mujeres a partir de 70 años.
47. Sangre reconstituida en vez de total en cirugías cardiopulmonares pediátricas.
48. Añadir IECA al tratamiento convencional de la enfermedad coronaria estable con bajo riesgo.
49. Citorreducción quirúrgica secundaria en carcinoma de ovario avanzado.
50. Revascularización coronaria antes de cirugía mayor vascular programada.
51. Hipotermia intraoperatoria durante la cirugía por aneurisma intracraneal.
52. Clopidogrel para prevenir úlcera hemorrágica, frente al ácido acetilsalicílico y esomeprazol.
53. Retrasar la anestesia epidural para reducir el riesgo de cesárea.
54. Estreptocinasa intrapleurar en infección pleural.
55. Rofecoxib para prevenir el adenoma colorrectal, por asociarse a riesgo cardiovascular.
56. Celecoxib para prevenir adenoma colorrectal, por asociarse a riesgo cardiovascular.
57. Inhibir la COX-2 tras *bypass* coronario, por asociarse a riesgo de evento cardiovascular.
58. Warfarina en lugar de aspirina en la estenosis de arteria intracraneal sintomática.
59. Intervención coronaria percutánea en enfermedad multivascular, frente al *bypass*.
60. Anagrelida para trombocitosis, frente a hidroxidurea y ácido acetilsalicílico.
61. Óxido nítrico inhalado en prematuros menores de 1.500 gramos.
62. *Echinacea* en infección por rinovirus.
63. Adelantar la inserción de tubos de timpanostomía.
64. Amniotomía para prevenir el síndrome de aspiración meconial.
65. Terapia invasiva precoz en síndrome





# Las sociedades españolas ultiman su propia 'lista negra'

Más de 35 sociedades científicas elegirán algunas prácticas a evitar

El manejo de diversas patologías difiere en Europa de Estados Unidos

Reevaluar la eficacia de las rutinas es un sano ejercicio profesional, más aún en un sector, como el sanitario, por naturaleza en constante revisión, y conjuntamente necesidades de ajustes. Cada vez se publican más trabajos como el de *Mayo Clinic Proceedings*, que cuestionan prácticas generalizadas. De hecho, revistas como *JAMA Internal Medicine* incluyen ya una sección específica para re-

coger estos estudios: *Less is more*.

En España, el proyecto *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas* promovido por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) el pasado año, cobra cuerpo (*ver DM del 27-V-2013*); según explica uno de sus artífices, Javier García Alegría, ex presidente de la SEMI, se han sumado más de 35 sociedades y se espera que a finales de

este año trece de ellas hayan hecho sus cinco recomendaciones sobre actos médicos desaconejados. El objetivo es identificar al menos 175 prácticas que deberían abandonarse.

García Alegría considera que probablemente entre ellas se encontrarán algunas de las propuestas por Vinay Prasad, aunque evita concretar aún. "Nuestro proyecto contará con el respaldo del Ministerio de Sa-

nidad y el aval de las sociedades, por tanto, tiene repercusión nacional; además, está enfocado hacia lo que se hace en nuestro sistema sanitario".

En ese sentido, Carlos Macaya, ex presidente de la Sociedad Española de Cardiología, destaca que los procedimientos desautorizados por el estudio de Prasad que atañen a la patología cardíaca (31) son más utilizados en Estados Uni-



Carlos Macaya.



Javier García Alegría.

dos que en Europa: "La mayoría no son habituales en nuestro medio". Cuatro de ellos apuntan al manejo de la fibrilación auricular (FA), "haciendo hincapié en que es más beneficioso para el paciente y menos costoso controlar la frecuencia cardíaca que el ritmo cardíaco, e incluso que el control del ritmo no reduce la mortali-

dad en FA e insuficiencia cardíaca". Demostrar que la angioplastia con o sin *stent* no aporta beneficios en pacientes con enfermedad coronaria estable y oligosintomáticos también supone un importante ahorro, y, recuerda el cardiólogo, en general, en enfermedad coronaria multivaso la cirugía es superior a la angioplastia.

coronario agudo, frente a la estrategia conservadora.

66. Terapia vasodilatadora en pacientes con insuficiencia aórtica asintomática.
67. Dispositivo de CPAP en pacientes con apnea del sueño e insuficiencia cardíaca para reducir la mortalidad.
68. Prescindir de la contracepción en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES).
69. Contraindicar la anticoncepción oral en pacientes con LES.
70. Administrar aprotinina en cirugía cardíaca.
71. Asociar risperidona a clozapina para tratar la esquizofrenia.
72. Sabal (*Serenoa repens*) para tratar la hiperplasia benigna de próstata.
73. Suplementación de calcio con vitamina D en mujeres postmenopáusicas para reducir la fractura de cadera.
74. Condrotín sulfato y glucosamina para la artrosis de rodilla.
75. Administrar esteroides para tratar el síndrome de distrés respiratorio agudo.
76. Tratamiento de lesión pulmonar aguda guiado por catéter de arteria pulmonar, frente a catéter venoso central.
77. Folatos, B12 y B6 para preservar la función cognitiva en mayores sanos.
78. Antipsicóticos atípicos en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
79. DHEA en mujeres ancianas y terapia de reemplazo hormonal (testosterona) en varones ancianos.
80. Corrección de la anemia con epoetina alfa en enfermedad renal crónica.
81. Intervención coronaria percutánea en oclusión persistente tras infarto.
82. Implantación precoz de tubos de timpanostomía para mejorar el desarrollo en niños de entre 9 y 11 años.

83. *Stent* liberadores de fármacos, frente a *stent* metal desnudo.

84. Cribado con mamografía asistida por ordenador.
85. Añadir intervención coronaria percutánea al tratamiento médico óptimo en enfermedad coronaria estable.
86. Terapia antidepressiva como complemento al tratamiento de la depresión bipolar.
87. Cambio del tratamiento del asma bien controlado con corticosteroides inhalados a montelukast.
88. Rosiglitazona para la diabetes tipo 2 por asociarse a riesgo cardiovascular.
89. Cribado genético preimplantación en la fertilización *in vitro* de mujeres añosas.
90. Tratamiento de la bronquiolitis con dexametasona en urgencias.
91. Reanimación de los pacientes con lesión traumática cerebral con albumina, frente a salina.
92. Tratamiento con melfalán en altas dosis y autotrasplante de células madre para la amiloidosis AL, frente al abordaje convencional con melfalán y dexametasona.
93. Dosis repetidas de corticosteroides prenatales para mejorar supervivencia neonatal en dos años.
94. Dosis repetidas de corticosteroides prenatales para mejorar supervivencia a largo plazo.
95. Aciclovir solo o combinado con prednisolona en la parálisis de Bell.
96. Trasplante pulmonar en niños con fibrosis quística.
97. Rosuvastatina en pacientes mayores con insuficiencia cardíaca sistólica.
98. Dexametasona para tratar a adolescentes y adultos vietnamitas con

meningitis bacteriana.

99. Dexametasona para meningitis bacteriana adulta en África Subsahariana.
100. Terapia con hidrocortisona en pacientes con choque séptico.
101. Tratamiento insulínico intensivo en pacientes con sepsis grave.
102. Aprotinina en cirugía cardíaca.
103. Aprotinina tras revascularización coronaria del injerto.
104. Vasopresina para el paciente con choque séptico, frente a noradrenalina.
105. Monitorización del índice bispectral (BIS) para el estado de conciencia durante la cirugía.
106. Añadir ezetimiba a la simvastatina para tratar la hipercolesterolemia familiar.
107. Prescindir de la metformina en el tratamiento de la diabetes gestacional.
108. Administrar aprotinina en cirugía cardíaca de alto riesgo, frente a los análogos de la lisina.
109. Control intensivo de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2.
110. Reducción intensiva de la glucemia en la diabetes tipo 2.
111. Control del ritmo cardíaco para reducir la mortalidad cardiovascular, frente al control de la frecuencia cardíaca, en pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca.
112. Ventilación mecánica no invasiva del edema pulmonar agudo cardiogénico frente a la terapia convencional con oxígeno.
113. Cirugía artroscópica para tratar la artrosis de rodilla, según la Womac.
114. Prolongar la terapia del virus de la hepatitis C con peginterferón en pacientes crónicos refractarios.
115. Tratamiento con esteroides de los

niños prescolares con sibilancias causadas por infección vírica.

116. Angioplastia coronaria en un vaso ocluido a los meses de un infarto de miocardio.
117. Control intensivo de la glucosa en pacientes críticos, frente al convencional.
118. Cribado con el PSA para reducir la mortalidad por cáncer de próstata.
119. Tratamiento con estatinas de los pacientes en hemodiálisis para reducir eventos cardiovasculares.
120. Terapia con inhibidores de la bomba de protones en pacientes con asma mal controlada.
121. Exponer al feto al ácido valproico como tratamiento antiepiléptico.
122. Administración precoz de eptifibatida en síndromes coronarios agudos, frente a su uso tras angiografía.
123. Obtención endoscópica del injerto venoso para la cirugía de *bypass* arterial coronaria, frente a la extracción abierta.
124. Vertebroplastia en fracturas osteoporóticas vertebrales dolorosas.
125. Vertebroplastia en fracturas espinales osteoporóticas.
126. Contraindicar el peso en las mujeres afectadas por linfedema.
127. Terapia de reemplazo renal continua intensa en pacientes críticos.
128. La revascularización en estenosis arterial renal, frente a la terapia médica sola.
129. Tratamiento con darbepoetina alfa en pacientes con enfermedad renal crónica.
130. Ezetimiba para reducir el grosor de la íntima-media carotídea.
131. Drenaje biliar prequirúrgico en
132. Tocodinamometría interna en el control del parto.
133. Administrar dopamina en el tratamiento de pacientes en choque.
134. Control intensivo de la frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular.
135. Combinar la terapia de fibratos con la de estatinas en pacientes con diabetes tipo 2.
136. Control intensivo de la hipertensión en la diabetes tipo 2.
137. Ácido acetilsalicílico solo o con heparina en mujeres con abortos recurrentes sin causa definida.
138. Intubación cecal como indicador de calidad de colonoscopia.
139. Reparación endovascular de aneurisma aórtico abdominal, frente a la abierta.
140. Reconstrucción quirúrgica de la rotura del ligamento cruzado anterior agudo.
141. Respiración boca a boca en la reanimación cardiopulmonar con compresión torácica.
142. Reanimación cardiopulmonar con respiración boca a boca y compresión torácica en paro cardíaco fuera del hospital, frente a la reanimación con compresión torácica sola.
143. Tratamiento con fármacos antiepilépticos de pacientes con epilepsia y depresión.
144. Inicio precoz, frente a tardío, de la diálisis.
145. Esponja de colágeno con gentamicina como profilaxis de infecciones en cirugía colorrectal.
146. Indicar el tratamiento con clopidogrel según el genotipo de *CYP2C19*.

Fuente: Mayo Clinical Proceedings