



Recomendaciones Choosing Wisely® en paciente hospitalizado para médicos internistas peruanos

Choosing Wisely® recommendations in hospitalized patients for Peruvian internists

Jorge Luis Solari-Yokota^{1,2} , Paula Otero-Escardo^{2,4}, Betsy Quispe-Huamaní^{1,2}, Luis Figueroa-Montes⁶ , Bertha Rodríguez-Dávila^{2,5}, José Amado-Tineo^{2,3} 

¹ Facultad de Medicina, Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud, Lima, Perú

³ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

⁴ Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

⁵ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú

⁶ Hospital Angamos EsSalud, Lima, Perú

Fecha de recepción: 05-05-2024

Fecha de aceptación: 27-05-2024

Fecha de publicación: 30-06-2024

Correspondencia: José Amado-Tineo. jamadot@unmsm.edu.pe

Resumen

Introducción: En la búsqueda constante de elevar la calidad de la atención médica hospitalaria, las recomendaciones Choosing Wisely® se han convertido en un importante instrumento orientado a la mejora de la calidad de la atención y seguridad del paciente. **Objetivo:** El objetivo es seleccionar 10 recomendaciones consensuadas entre los médicos internistas de la Sociedad Peruana de Medicina Interna para ser implementados en la campaña educativa Choosing Wisely® en el Perú. **Metodología:** Se realizó la selección y evaluación de 14 recomendaciones en dos etapas. La primera en una reunión de expertos y la segunda a través de una encuesta virtual durante el Curso Internacional de la Sociedad Peruana de Medicina Interna (SPMI) en octubre de 2023, mediante la cual se seleccionaron 10 recomendaciones para ser trabajadas en la campaña educativa. **Resultados:** Las 10 recomendaciones fueron: 1) No indicar la colocación de sondas vesicales sin corroborar su real necesidad. 2) No prescribir omeprazol u otros inhibidores de la bomba de protones rutinariamente, a menos que haya una indicación clara. 3) No usar nutrición parenteral en pacientes con función digestiva adecuada y accesibilidad a la vía oral o enteral. 4) No tratar la bacteriuria asintomática en pacientes internados, excepto en casos específicos. 5) No utilizar antibióticos de amplio espectro en pacientes con fiebre sin evidencia de sepsis/shock séptico. 6) No mantener oxígeno suplementario si la saturación periférica es mayor al 96 %, excepto en casos particulares. 7) No transfundir glóbulos rojos para alcanzar niveles arbitrarios de hemoglobina o hematocrito sin síntomas específicos. 8) No solicitar urocultivo de control al terminar tratamiento antimicrobiano por infección urinaria sin justificación clínica. 9) No iniciar terapia con opioides en pacientes con dolor crónico no

Citar este artículo como: Solari-Yokota JL, Otero-Escardo P, Quispe-Huamaní B, Figueroa-Montes L, Rodríguez-Dávila B, Amado-Tineo J. Recomendaciones Choosing Wisely® en paciente hospitalizado para médicos internistas peruanos en 2023. Rev Soc Peru Med Interna. 2024; 37(2): 71-81. <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i2.847>

Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(2): 71-81

<https://doi.org/10.36393/spmi.v37i2.847>

www.revistaperuanademedicinainterna.com

relacionado con el cáncer sin optimizar farmacoterapia no opioide y tratamiento no farmacológico. 10) No utilizar benzodiazepinas ni otros sedantes-hipnóticos en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio. **Conclusiones:** Las 10 recomendaciones Choosing Wisely® de la Sociedad Peruana de Medicina Interna representan un compromiso valioso con la mejora de la práctica clínica, la seguridad del paciente y la optimización de recursos en el contexto de la medicina interna en Perú. Con el potencial de impactar positivamente la atención médica y la formación de profesionales de la salud, estas directrices promueven una cultura de práctica clínica informada y centrada en el paciente en el país.

Palabras clave: Toma de decisión clínicas. Medicina Interna. Calidad de la atención sanitaria. Choosing Wisely. Prevención cuaternaria. Pacientes hospitalizados. (DeCS-BIREME)

Abstract

Introduction: In the constant search to raise the quality of hospital medical care, the Choosing Wisely® recommendations have become an important instrument aimed at improving the quality of care and patient safety. **Objective:** The objective is to select 10 recommendations agreed upon by the internists of the Peruvian Society of Internal Medicine to be included in the educational campaign Choosing Wisely® in Perú. **Methodology:** The selection and evaluation of 14 crucial recommendations was carried out in two stages: an expert meeting and a virtual survey during the International Course of the Peruvian Society of Internal Medicine (SPMI) in October 2023, through which 10 recommendations were selected to be worked on in the educational campaign. **Results:** The 10 recommendations were. Do not indicate the placement of bladder catheters without corroborating their real need. Do not prescribe omeprazole or other omeprazole inhibitors. Do not use parenteral nutrition in patients with adequate digestive function and accessibility to the oral or enteral route. Do not treat asymptomatic bacteriuria in hospitalized patients, except in specific cases. Do not use broad-spectrum antibiotics in patients with fever without evidence of sepsis/septic shock. Do not maintain supplemental oxygen if peripheral saturation is greater than 96 %, except in special cases. Do not transfuse red blood cells to reach arbitrary levels of hemoglobin or hematocrit without specific symptoms. Do not request a control urine culture at the end of antimicrobial treatment for urinary tract infection without clinical justification. Do not initiate opioid therapy in patients with chronic non-cancer pain without optimizing non-opioid pharmacotherapy and non-pharmacologic treatment. Do not use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as a first choice for insomnia, agitation, or delirium. **Conclusions:** The 10 Choosing Wisely® recommendations of the Peruvian Society of Internal Medicine represent a valuable commitment to the improvement of clinical practice, patient safety and the optimization of resources in the context of internal medicine in Peru. With the potential to positively impact health care and the training of healthcare professionals, these guidelines promote a culture of informed, patient-centered clinical practice in the country.

Keywords: Clinical decision making. Internal medicine. Quality of health care. Inpatients. Choosing Wisely. Quaternary prevention. (MeSH-NLM)

Introducción

La iniciativa “Elegir sabiamente” (Choosing Wisely®) es un movimiento internacional que busca mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica, poniendo al paciente en el centro del proceso, fundamentado en los conceptos y práctica de la prevención cuaternaria. La prevención cuaternaria es el conjunto de acciones que se implementan para evitar la medicalización y atenuar las consecuencias negativas de las intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas innecesarias o excesivas en un paciente o una población.

Esta iniciativa, lanzada por la Sociedad Americana de Medicina Interna en el 2012, ha tenido un gran impacto global, involucrando a sociedades médicas de varios países, incluido recientemente el Perú.^{1,2} El objetivo principal de la iniciativa es cuestionar y evitar intervenciones médicas innecesarias, promoviendo la toma de decisiones basada en evidencia y el diálogo con el

paciente. En el ámbito de la medicina peruana, la implementación de Choosing Wisely® es de vital importancia debido a la heterogeneidad de las realidades clínicas, la escasez de recursos médicos y los desafíos específicos del sistema de salud peruano, lo que demuestra la urgencia de promover una atención médica más reflexiva adaptada a las características de la población.^{1,2}

La iniciativa Choosing Wisely® busca mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica mediante la reducción de intervenciones innecesarias o potencialmente dañinas. Al integrar esta iniciativa en el sistema de salud peruano, se favorece el uso racional y eficiente de los recursos, así como el desarrollo de una educación médica basada en la evidencia y el diálogo. Mediante el cuestionamiento de prácticas habituales y el fomento de la participación informada de los pacientes, se intentará crear un clima propicio para la formación de profesionales de la salud más reflexivos y

responsables.^{1,2} La implementación de Choosing Wisely® en el Perú representa una necesidad urgente y una oportunidad de mejora para la atención médica. La iniciativa no solo responde a los desafíos específicos del sistema de salud peruano, sino que también promueve una cultura de atención médica orientada a las evidencias, segura y adaptada a las necesidades y diversidades de la población.³

Metodología

Se realizó un estudio observacional y transversal en el que participaron médicos internistas peruanos durante el año 2023. Se trabajó en dos etapas: 1) En una reunión de expertos se seleccionaron 14 recomendaciones para el paciente hospitalizados, según la bibliografía nacional e internacional disponibles (**Tabla 1**);

2) Se realizó una encuesta virtual a médicos internistas durante la realización del Curso internacional de la Sociedad Peruana de Medicina Interna en octubre 2023 a través de los correos electrónicos de los internistas de la sociedad participantes.

Se empleó un formulario de Google donde el participante debía indicar el rango de edad, centro y ciudad de trabajo. Además se presentaban las 14 recomendaciones basadas en la evidencia tomada de la bibliografía internacional y una pregunta abierta para sugerir alguna otra recomendación no considerada.

Los datos fueron tabulados y analizados en hojas de cálculo electrónica, aplicando estadística descriptiva y seleccionando las 10 recomendaciones más votadas. Todos los participantes aceptaron participar voluntariamente y los datos fueron anónimos.

Tabla 1. Recomendaciones Choosing Wisely® propuestas a los médicos internistas para ser seleccionadas.

R1 No indicar la colocación de sondas vesicales sin corroborar su real necesidad.

R2 No utilizar antibióticos de amplio espectro en pacientes con fiebre sin evidencia de sepsis/shock séptico.

R3 No mantener oxígeno suplementario si la saturación periférica es mayor al 96%, excepto en casos particulares.

R4 No tratar la bacteriuria asintomática en pacientes internados, excepto en casos específicos.

R5 No prescribir omeprazol u otros inhibidores de la bomba de protones rutinariamente, a menos que haya una indicación clara.

R6 No utilizar benzodiazepinas ni otros sedantes-hipnóticos en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio.

R7 No solicitar estudios de imagen como prueba de diagnóstico inicial en pacientes con baja probabilidad de enfermedad tromboembólica venosa.

R8 No transfundir glóbulos rojos para alcanzar niveles arbitrarios de hemoglobina o hematocrito sin síntomas específicos.

R9 No extraer rutinariamente sangre a los pacientes internados que se encuentren estables.

R10 No iniciar terapia con opioides en pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer sin optimizar farmacoterapia no opioide y tratamiento no farmacológico.

R11 No solicitar urocultivo de control al terminar tratamiento antimicrobiano por infección urinaria sin justificación clínica.

R12 No usar nutrición parenteral en pacientes con función digestiva adecuada y accesibilidad a la vía oral o enteral.

R13 No utilizar la escala móvil para el control glucémico en pacientes hospitalizados.

R14 No impedir la movilización de las personas mayores ingresadas en hospitalización.

Resultados

La colaboración virtual se tradujo en la participación activa de 67 médicos internistas, cuya mayoría se encuentra en el rango de edad de 40 a 60 años. Esta diversidad en edades refleja la riqueza de la experiencia y la sabiduría acumulada a lo largo de las carreras profesionales, elementos cruciales para la toma de decisiones clínicas.

Representación Geográfica y Diversidad Institucional

Respecto a la representación geográfica (**Figura 2**) destaca la inclusión de médicos de distintas regiones del país, lo que podría garantizar la relevancia y potencial aplicabilidad de las recomendaciones a nivel nacional. Además, la afiliación a diversas institucio-

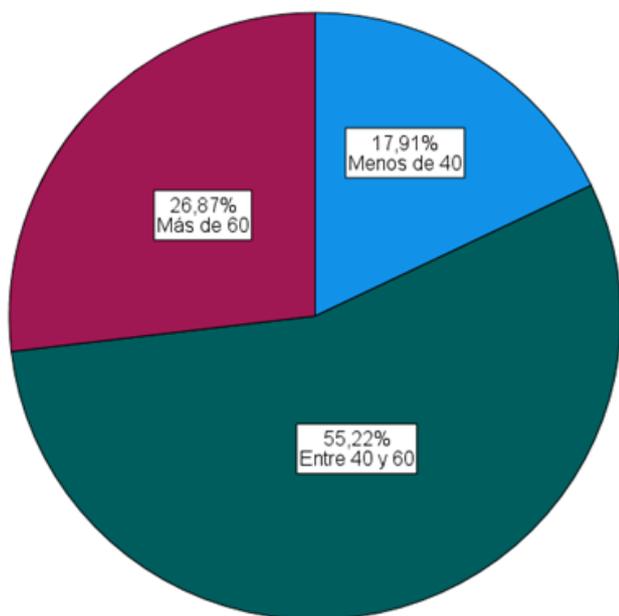


Figura 1. Edad de los participantes.

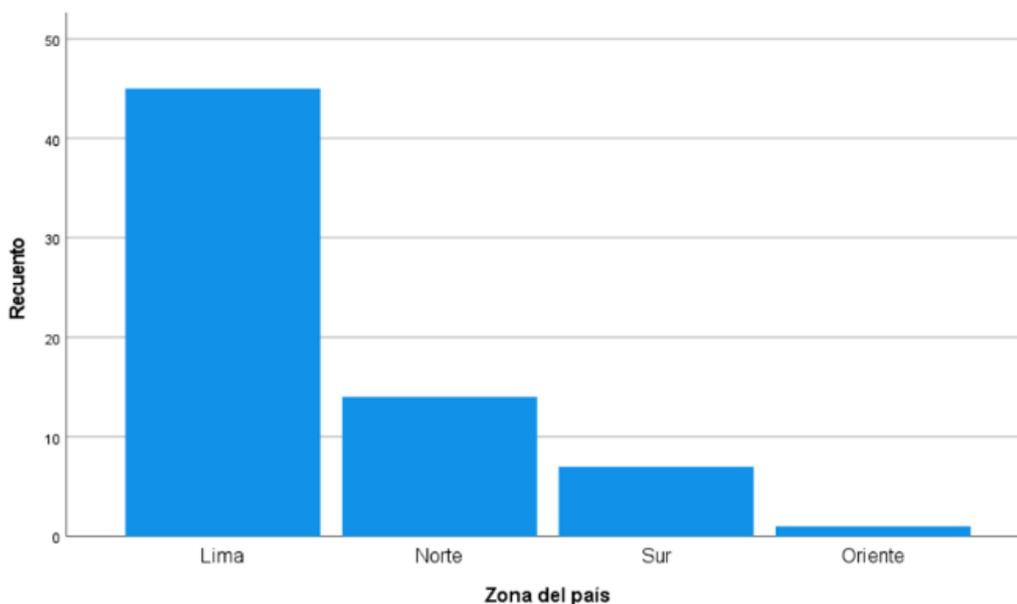


Figura 2. Distribución por zonas del país.

nes, como EsSalud, el Ministerio de Salud y el sector privado (**Figura 3**), resalta la diversidad institucional y la aplicabilidad de estas recomendaciones en diferentes entornos de atención médica.

Resultados: Diez Recomendaciones Destacadas

Las recomendaciones, ordenadas según la frecuencia de elección por parte de los participantes, ofrecen una visión clara de las prioridades de los médicos internistas peruanos para la atención hospitalaria. Las diez recomendaciones más destacadas, que abordan diversas áreas clínicas, son fundamentales para optimizar la atención y mejorar los resultados para los pacientes hospitalizados.

Del análisis de la frecuencia de las respuestas se definieron las diez primeras recomendaciones por médicos internista peruanos para el paciente hospitalizado, que se presentan a continuación:

1. No indicar la colocación de sondas vesicales sin corroborar su real necesidad.
2. No prescribir omeprazol u otros inhibidores de la bomba de protones rutinariamente, a menos que haya una indicación clara.
3. No usar nutrición parenteral en pacientes con función digestiva adecuada y accesibilidad a la vía oral o enteral.
4. No tratar la bacteriuria asintomática en pacientes internados, excepto en casos específicos.
5. No utilizar antibióticos de amplio espectro en pacientes con fiebre sin evidencia de sepsis/shock séptico.
6. No mantener oxígeno suplementario si la saturación periférica es mayor al 96 %, excepto en casos particulares.

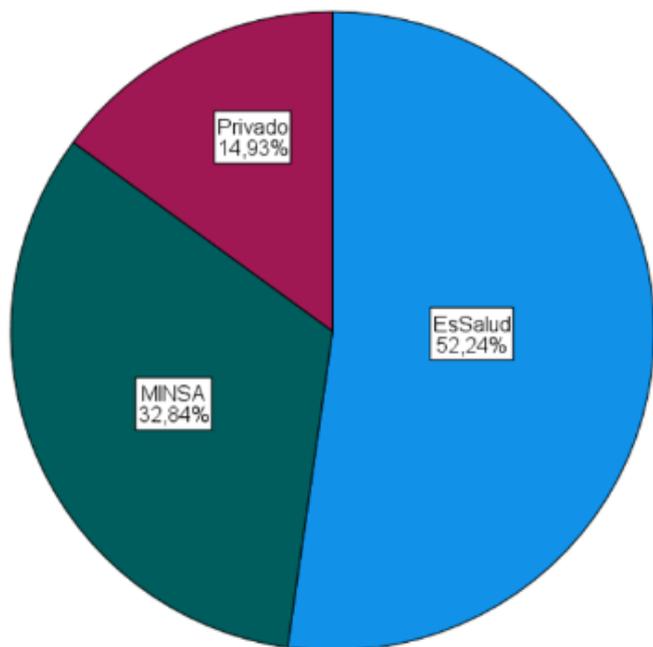


Figura 3. Sistema de salud en la que trabajan.

7. No transfundir glóbulos rojos para alcanzar niveles arbitrarios de hemoglobina o hematocrito sin síntomas específicos.
8. No solicitar urocultivo de control al terminar tratamiento antimicrobiano por infección urinaria sin justificación clínica.
9. No iniciar terapia con opioides en pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer sin optimizar farmacoterapia no opioide y tratamiento no farmacológico.
10. No utilizar benzodiazepinas ni otros sedantes-hipnóticos en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio.

Discusión

La Iniciativa Internacional Choosing Wisely® ha marcado un hito en la búsqueda de una atención médica más efectiva y centrada en el paciente. Sus principios, orientados a cuestionar y evitar intervenciones médicas innecesarias, se han expandido a nivel global, incluyendo el contexto peruano.⁴

A continuación, exploraremos de manera detallada cada una de las diez recomendaciones seleccionadas por la Sociedad Peruana de Medicina Interna, destacando su importancia y relevancia en el panorama de la salud en el Perú.

Estas recomendaciones, respaldadas por evidencia y experiencia médica, ofrecen un enfoque crucial para mejorar la calidad de la atención médica, optimizar recursos y garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes en el país.

1. No indicar la colocación de sondas vesicales sin corroborar su real necesidad

La inserción de sondas vesicales, aunque común en el entorno hospitalario, no está exenta de complicaciones. Las infecciones del tracto urinario^{5,6}, las lesiones uretrales y las molestias para el paciente⁷ son posibles consecuencias negativas de esta intervención. Por lo tanto, la evaluación cuidadosa de la necesidad real de una sonda vesical se vuelve esencial para garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente.^{5,6} Este enfoque se alinea con el movimiento Choosing Wisely, que aboga por la toma de decisiones informada y la utilización prudente de recursos médicos.⁸ Al no colocar sondas vesicales de manera automática, los médicos internistas pueden contribuir significativamente a la prevención de complicaciones asociadas, mejorando la experiencia del paciente⁷ y reduciendo la carga de infecciones nosocomiales.^{5,6} Además, esta recomendación refleja una comprensión profunda de la importancia de individualizar el cuidado médico. La necesidad de una sonda vesical puede variar según el paciente y la situación clínica, y la toma de decisiones personalizada garantiza un tratamiento óptimo y minimiza intervenciones innecesarias.^{5,6,8}

2. No prescribir omeprazol u otros inhibidores de la bomba de protones rutinariamente, a menos que haya una indicación clara

Los inhibidores de la bomba de protones son comúnmente utilizados para tratar condiciones como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y las úlceras pépticas, pero su uso rutinario sin una indicación clara puede llevar a riesgos potenciales y costos innecesarios. Estos medicamentos se han asociado con efectos secundarios, como infecciones gastrointestinales,⁹ fracturas óseas,¹⁰ y alteraciones en la absorción de nutrientes.¹¹ La individualización de la prescripción de IBP es esencial, ya que no todos los pacientes necesitan este tipo de medicación de manera continua.¹² La evaluación cuidadosa de los síntomas y la confirmación de la necesidad de tratamiento a largo plazo pueden evitar la exposición innecesaria a estos medicamentos.¹³ La recomendación resalta la importancia de considerar terapias alternativas o ajustes en el estilo de vida antes de recurrir a la prescripción automática de IBP.¹⁴ Cambios en la dieta, el control del estrés y otras medidas no farmacológicas pueden ser efectivas en algunos casos, reduciendo la dependencia de medicamentos con posibles efectos secundarios.¹⁵ La no prescripción rutinaria de omeprazol u otros IBP a menos que haya una indicación clara refleja el compromiso de los médicos internistas con la seguridad del paciente y la utilización prudente de recursos médicos.¹⁶

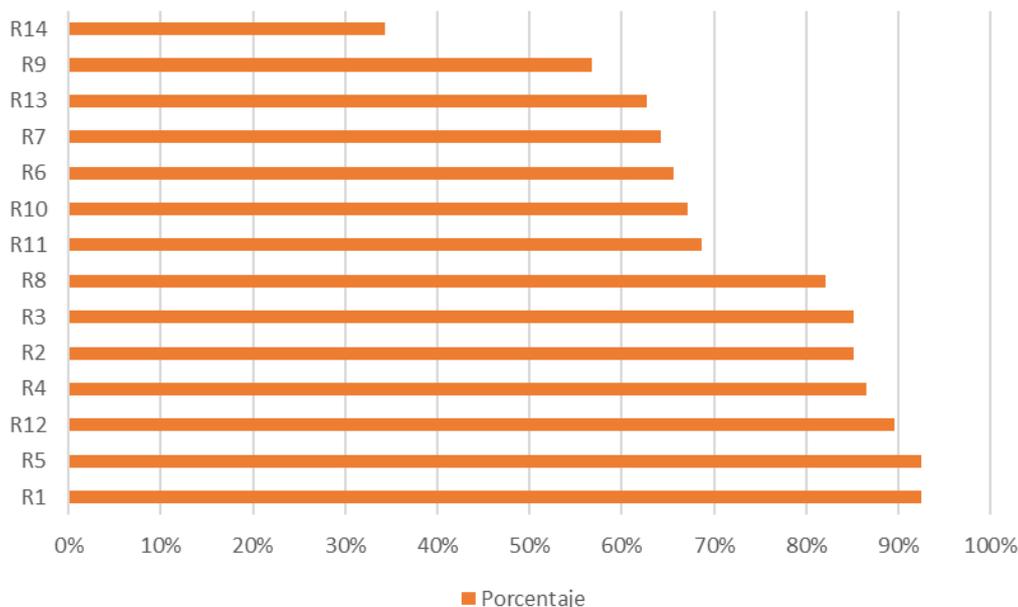


Figura 4. Frecuencia en la selección de las respuestas.

3. No usar nutrición parenteral en pacientes con función digestiva adecuada y accesibilidad a la vía oral o enteral

La nutrición parenteral, a pesar de ser vital en ciertas situaciones clínicas, conlleva riesgos y complicaciones potenciales, como infecciones,¹⁷ desequilibrios electro-líticos¹⁸ y complicaciones en el acceso vascular.¹⁹ Por lo tanto, su uso debe reservarse para situaciones en las que la función digestiva está comprometida o cuando no es posible utilizar la vía oral o enteral de manera efectiva.²⁰ Esta recomendación resalta la importancia de evaluar la capacidad del paciente para ingerir alimentos por vía oral o recibir alimentación enteral antes de recurrir a la nutrición parenteral.²¹ En pacientes con función digestiva adecuada y con accesibilidad a la vía oral o enteral, optar por métodos de alimentación más naturales puede contribuir a evitar complicaciones asociadas con la nutrición parenteral.²² Además, esta directriz subraya la necesidad de una evaluación exhaustiva de la situación clínica del paciente, considerando no solo la capacidad digestiva, sino también la presencia de condiciones médicas que puedan afectar la absorción de nutrientes.²³

4. No tratar la bacteriuria asintomática en pacientes internados, excepto en casos específicos

La bacteriuria asintomática, definida como la presencia de bacterias en la orina sin síntomas clínicos de infección del tracto urinario, es común en pacientes hospitalizados. Sin embargo, tratarla de manera automática puede llevar a la prescripción innecesaria de antibióticos, con sus consiguientes riesgos, como la resistencia bacteriana^{24,25} y la alteración de la microbiota.²⁴ Esta re-

comendación subraya la importancia de distinguir entre la bacteriuria asintomática y la infección del tracto urinario sintomática.^{24,25} En pacientes internados, el tratamiento de la bacteriuria asintomática generalmente no está indicado, a menos que existan condiciones específicas, como embarazo, pacientes sometidos a procedimientos urológicos invasivos, o casos de bacteriuria en pacientes con síntomas de infección del tracto urinario.^{24,25} Al adoptar este enfoque, los médicos internistas buscan evitar la exposición innecesaria de los pacientes a antibióticos y contribuir a la prevención de la resistencia antimicrobiana.^{24,25} Además, esta recomendación destaca la importancia de la evaluación individualizada de cada paciente, considerando factores específicos que podrían justificar el tratamiento en casos particulares.^{24,25}

5. No utilizar antibióticos de amplio espectro en pacientes con fiebre sin evidencia de infección, sepsis ni shock séptico

La fiebre es un síntoma común que puede deberse a diversas causas, no todas ellas relacionadas con infecciones bacterianas. Utilizar antibióticos de amplio espectro de manera automática en casos de fiebre sin evidencia clara de infección, sepsis o shock séptico puede exponer a los pacientes a riesgos innecesarios, como la resistencia bacteriana y la alteración de la microbiota normal.^{26,28} Esta recomendación enfatiza la importancia de realizar una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la causa subyacente de la fiebre antes de iniciar tratamientos antibióticos. Se destaca la necesidad de realizar pruebas diagnósticas adecuadas, como hemocultivos, coprocultivos u otras muestras específicas, para confirmar o descartar la

presencia de infección bacteriana. El enfoque más selectivo en el uso de antibióticos no solo contribuye a la preservación de la eficacia de estos medicamentos, sino que también evita posibles efectos secundarios y reduce la carga económica asociada con el tratamiento innecesario.^{27,29-31} Además, esta práctica busca prevenir la propagación de resistencia antibiótica, un problema de salud pública global.³²

6. No mantener oxígeno suplementario si la saturación periférica es mayor al 96%, excepto en casos particulares

El mantenimiento de niveles adecuados de oxígeno en pacientes es fundamental, pero proporcionar oxígeno de manera rutinaria cuando la saturación periférica ya es satisfactoria puede tener implicaciones negativas, como la absorción excesiva de oxígeno que puede dañar las mucosas y la supresión de la respuesta natural del cuerpo a la hipoxia. Esta recomendación subraya la importancia de individualizar la terapia de oxígeno, considerando las necesidades específicas de cada paciente.^{33,34} En situaciones en las que la saturación periférica es mayor al 96 %, el suministro continuo de oxígeno no aporta beneficios adicionales y plantea riesgos potenciales. La excepción en casos particulares resalta la necesidad de evaluar detalladamente la situación clínica de cada paciente. En algunas circunstancias, como en casos de intoxicación por monóxido de carbono, anemia de células falciformes, cefalea en racimos o neumotórax, mantener la oxigenoterapia podría ser esencial, incluso si la saturación periférica es mayor al 96 %. Esta recomendación destaca la importancia de utilizar la oxigenoterapia de manera juiciosa, evitando la prescripción automática sin una evaluación individualizada. Además, se alinea con la tendencia hacia la atención centrada en el paciente y el uso eficiente de los recursos médicos.³⁴⁻³⁷

7. No transfundir glóbulos rojos para alcanzar niveles arbitrarios de hemoglobina o hematocrito sin síntomas específicos

La transfusión de glóbulos rojos es una intervención médica seria y no está exenta de riesgos potenciales, como reacciones transfusionales, sobrecarga de hierro y complicaciones infecciosas como hepatitis B, hepatitis C, HIV e inmunológicas. La decisión de transfundir debe basarse en criterios clínicos específicos y no simplemente en alcanzar valores predefinidos de hemoglobina o hematocrito.^{38,39} Esta recomendación resalta la importancia de evaluar la necesidad de la transfusión en función de los síntomas y la situación clínica del paciente en lugar de centrarse exclusivamente en los números de laboratorio. Es crucial considerar la presencia de síntomas específicos de anemia, como fatiga, debilidad

o dificultad para respirar, antes de decidir realizar una transfusión de glóbulos rojos. Además, esta recomendación fomenta un enfoque más conservador y personalizado en la gestión de la anemia, reconociendo que los valores de hemoglobina o hematocrito por sí solos pueden no reflejar completamente la situación clínica del paciente.^{40,41}

8. No solicitar urocultivo de control al terminar tratamiento antimicrobiano por infección urinaria sin justificación clínica

El urocultivo de control después de un tratamiento antimicrobiano para infección urinaria generalmente no está indicado de manera rutinaria, pues la realización de este examen sin una justificación clínica puede llevar a resultados falsos positivos, generando confusión y llevando a la prescripción innecesaria de antibióticos⁴², además puede contribuir al aumento de costos y recursos médicos.⁴³ Esta recomendación subraya la importancia de basar las decisiones clínicas en la evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento y en la presencia de síntomas clínicos relevantes. En ausencia de indicaciones específicas, como deterioro clínico o nueva sintomatología, la repetición del urocultivo no aporta información útil y puede generar resultados engañosos.⁴⁴ La adopción de este enfoque también contribuye a la lucha contra la resistencia antimicrobiana, al evitar la prescripción innecesaria de antibióticos basada únicamente en resultados de laboratorio que pueden no reflejar la situación clínica real del paciente.⁴²⁻⁴⁴

9. No iniciar terapia con opioides en pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer sin optimizar farmacoterapia no opioide y tratamiento no farmacológico

El dolor crónico es una condición compleja que requiere una evaluación integral y un enfoque multimodal para su manejo. Iniciar la terapia con opioides de manera automática puede llevar a riesgos significativos, como la dependencia, la tolerancia y los efectos secundarios, sin abordar completamente la causa subyacente del dolor.⁴⁵⁻⁴⁸ La recomendación destaca la importancia de optimizar las opciones de tratamiento no opioide, como analgésicos no esteroides, antidepresivos, anti-convulsivantes y el tratamiento no farmacológico, que incluye terapias físicas, ocupacionales y psicológicas adyuvantes, antes de recurrir a los opioides. Este enfoque busca ofrecer al paciente una gama completa de opciones para abordar su dolor de manera más efectiva y segura. Además, la decisión de utilizar opioides debe basarse en una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios, así como en la presencia de indicaciones claras. La terapia con opioides debe reservarse para situaciones en las que otras modalidades de tratamiento

no han sido efectivas y cuando los beneficios superan claramente los riesgos potenciales.⁴⁹

10. No utilizar benzodiazepinas ni otros sedantes-hipnóticos en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio

Los adultos mayores son más susceptibles a los efectos secundarios de las benzodiazepinas y otros sedantes-hipnóticos, como el riesgo de caídas, confusión y deterioro cognitivo. Utilizar estos fármacos como primera opción para tratar el insomnio, la agitación o el delirio puede aumentar el riesgo de eventos adversos, afectando la calidad de vida de los pacientes.⁵⁰⁻⁵³ Esta recomendación destaca la importancia de explorar opciones de tratamiento alternativas y más seguras, como terapias no farmacológicas y cambios en el estilo de vida, antes de recurrir a medicamentos sedantes. Abordar las causas subyacentes del insomnio, la agitación o el delirio, como problemas médicos, ambientales o emocionales, puede ser fundamental para lograr resultados efectivos sin exponer a los pacientes a los riesgos asociados con los sedantes-hipnóticos. Además, esta directriz reconoce la necesidad de individualizar la atención en adultos mayores, teniendo en cuenta factores como la polifarmacia y las comorbilidades. La prescripción de benzodiazepinas debe reservarse para situaciones específicas en las que los beneficios superen claramente los riesgos y cuando otras opciones han sido consideradas y resultan insuficientes.^{54,55}

Análisis Global de las 10 Recomendaciones Choosing Wisely® de la Sociedad Peruana de Medicina Interna

La Sociedad Peruana de Medicina Interna ha emprendido la iniciativa Choosing Wisely®, que es un proyecto educativo internacional, fundamentado en la prevención cuaternaria, destinado a elevar la calidad de la atención médica en el país. Este programa difunde recomendaciones fundamentadas en cuatro pilares esenciales: la evidencia científica, la seguridad del paciente, la optimización de recursos y la individualización de la atención. Estas directrices abarcan diversos aspectos de la medicina interna y son de gran importancia para la salud pública peruana, contando con el apoyo técnico de Choosing Wisely Canadá®.⁵⁷

Las recomendaciones Choosing Wisely® se basan en la mejor evidencia científica disponible, fomentando una medicina respaldada por pruebas con decisiones informadas y prácticas clínicas respaldadas por datos sólidos. Se enfocan en la seguridad del paciente, evitando intervenciones innecesarias que podrían generar riesgos y complicaciones, reflejando así una atención médica centrada en el cuidado y el bienestar del paciente.

Estas recomendaciones evitan prácticas superfluas, reduciendo costos y preservando la eficacia de los tratamientos, lo cual tiene un impacto directo en la sostenibilidad del sistema de salud peruano contribuyendo a la optimización de recursos médicos. La individualización de la atención destaca la importancia de evaluar a cada paciente de manera única, reconociendo la diversidad de condiciones clínicas y asegurando tratamientos personalizados para lograr una atención óptima. La lucha contra la resistencia antimicrobiana también está presente, abordando directamente el uso prudente de antibióticos.

Estas directrices consideran grupos vulnerables, como adultos mayores, gestantes o pacientes con condiciones específicas, especificando recomendaciones particulares para estos grupos cuando sea necesario. Además, promueven alternativas no farmacológicas antes de recurrir a tratamientos con medicamentos, reflejando un enfoque integral y menos invasivo. Con un compromiso evidente con la atención centrada en el paciente, estas recomendaciones reconocen la importancia de la experiencia del paciente y su participación activa en las decisiones médicas. Tienen implicaciones significativas en la educación médica, promoviendo un enfoque informado y basado en la evidencia para la formación de profesionales de la salud con una mentalidad crítica y reflexiva.

En resumen, las 10 recomendaciones Choosing Wisely® de la Sociedad Peruana de Medicina Interna representan un compromiso valioso con la mejora de la práctica clínica, la seguridad del paciente y la optimización de recursos en el contexto de la medicina interna en Perú. Con el potencial de impactar positivamente la atención médica y la formación de profesionales de la salud, estas directrices promueven una cultura de práctica clínica informada y centrada en el paciente en el país.

Conclusiones

Estas recomendaciones, derivadas de la colaboración y experiencia de médicos internistas peruanos, subrayan un enfoque consciente y basado en la evidencia para mejorar la calidad de atención en pacientes hospitalizados. La implementación de estas prácticas se traducirá en beneficios tangibles, marcando un hito en la transformación positiva de la atención médica en el siglo XXI.

Agradecimientos

A la Dra. Wendy Levinson y al Dr. Manuel Giraldo de Choosing Wisely Canadá® por todo el apoyo técnico y motivación.

Al Dr. Carlos Contreras Camarena, Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, por su apoyo y compromiso.

A todos los colegas del Grupo Decisiones Médicas Basadas en Evidencia Choosing Wisely Perú por su interés, compromiso y aporte profesional: Arias Rojas Tatiana, Carrión García Luis, Arias Schreiber Malú, Llamoca Palomino Verónica, Midzuaray Midzuaray Alejandro, Otero Escardo Paula, Quispe Huamani Betsy, Canales Vargas Jesús, Tarazona Manuel, Figueroa Montes Luis, Pérez Huaynalaya Ina, Pineda Vanessa, Rodríguez Dávila Bertha, Romero Girón Mariana, Alberto Tutaya Gonzales, Alama Oscar.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores

JSY participó en la concepción del artículo, metodología, recolección de datos, análisis, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final. POE, BQH, LFM y BRD participaron en la conceptualización, análisis de resultados y aprobación de la versión final. JAT participó en la conceptualización, diseño metodológico, recolección de datos, análisis crítico y aprobación de la versión final.

Referencias

1. Choosing Wisely®: A watershed moment in health care. <https://www.choosingwisely.org/>
2. Choosing Wisely® Promoting conversations between patients and clinicians. <https://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>
3. EsSalud pone el enfoque en la humanización para mejorar la calidad de la atención médica – EsSalud. <https://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-pone-el-enfoque-en-la-humanizacion-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-medica>
4. Choosing Wisely Latino-Hispanoamericano en Medicina Interna. Síntesis de las recomendaciones del foro internacional de medicina interna en prevención cuaternaria, 2020. Revista Argentina de Medicina. Volumen 8 - suplemento 2 - diciembre 2020. https://www.researchgate.net/publication/349724231_CHOOSING_WISELY_LATINO_E_HISPANOAMERICANO_EN_MEDICINA_INTERNA_SINTESIS_DE_LAS_RECOMENDACIONES_DEL_FORO_INTERNACIONAL_DE_MEDICINA_INTERNA_EN_PREVENCION_CUATERNARIA_2020
5. Lo, E., Nicolle, L. E., Coffin, S. E., Gould, C., Maragakis, L. L., Meddings, J., ... & Yokoe, D. S. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2014;35(5):464-479. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/676533>
6. Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2009;30(7):625-663. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/guideline-for-prevention-of-catheter-associated-urinary-tract-infections-2009/0EAFB9E2AC3F627A8EAE1816B8E348DD>
7. Hollingsworth, J. M., Rogers, M. A., Krein, S. L., Hickner, A., Kuhn, L., Cheng, A., ... & Saint, S. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2013;159(6):401-410. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24042368/>
8. Miller BL, Krein SL, Fowler KE, Belanger K, Zawol D, Lyons A, Bye C, Rickelmann MA, Smith J, Chenoweth C, Saint S. A multimodal intervention to reduce urinary catheter use and associated infection at a Veterans Affairs Medical Center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Jun;34(6):631-3. doi: 10.1086/670624. Epub 2013 Apr 22. PMID: 23651896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23651896/>
9. Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010 Mar 1;50(5):625-63. PMID: 20175247. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20175247/>
10. Hong SH, Lee EK, Shin JY. Proton-pump inhibitors and the risk of Clostridium difficile-associated diarrhea in high-risk antibiotics users: A population-based case-crossover study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2019 Apr;28(4):479-488. doi: 10.1002/pds.4745. Epub 2019 Mar 8. PMID: 30848536. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30848536/>
11. Ngamruengphong, S., Leontiadis, G. I., Radhi, S., Dentino, A., & Nugent, K. Proton pump inhibitors and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The American Journal of Gastroenterology*. 2011;106(7):1209-1218. <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e372>
12. Howden CW. Review article: immediate-release proton-pump inhibitor therapy--potential advantages. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Dec;22 Suppl 3:25-30. doi: 10.1111/j.1365-2036.2005.02709.x. PMID: 16303034. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16303034/>
13. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2017 Mar;152(4):706-715. doi: 10.1053/j.gastro.2017.01.031. PMID: 28257716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28257716/>
14. Tang RS, Wu JC. Managing peptic ulcer and gastroesophageal reflux disease in elderly Chinese patients--focus on esomeprazole. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1433-43. doi: 10.2147/CIA.S41350. Epub 2013 Oct 25. PMID: 24187492; PMCID: PMC3810197. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810197/>
15. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012 Jul;5(4):219-32. doi: 10.1177/1756283X12437358. PMID: 22778788; PMCID: PMC3388523. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3388523/>
16. Klenzak S, Danelisen I, Brannan GD, Holland MA, van Tilburg MA. Management of gastroesophageal reflux disease: Patient and physician communication challenges and shared decision making. *World J Clin Cases*. 2018 Dec 6;6(15):892-900. doi: 10.12998/wjcc.v6.i15.892. PMID:

- 30568943; PMID: PMC6288517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288517/>
17. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, Hiltz SW, Black E, Modlin IM, Johnson SP, Allen J, Brill JV; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008 Oct;135(4):1383-1391, 1391.e1-5. doi: 10.1053/j.gastro.2008.08.045. PMID: 18789939. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789939/>
 18. Conde Giner S, Bosó Ribelles V, Bellés Medall MD, Raga Jiménez C, Ferrando Piqueres R, Bravo José P. Bacteriemia en pacientes con nutrición parenteral central: prevalencia, factores asociados y tratamiento [Catheter-related bloodstream infections in patients receiving central parenteral nutrition: prevalence, associated factors, and treatment]. *Nutr Hosp*. 2020 Oct 21;37(5):890-894. Spanish. doi: 10.20960/nh.03218. PMID: 32960630. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960630/>
 19. Staun, M., Pironi, L., Bozzetti, F., Baxter, J., Forbes, A., Joly, F., ... & Cuerda, C. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical Nutrition*. 2009;28(4):467-479. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.001>
 20. Collins E, Lawson L, Lau MT, Barder L, Weaver F, Bayer D, Schulz M, Byrne R, Hauser M, Neubia A, Dries D. Care of central venous catheters for total parenteral nutrition. *Nutr Clin Pract*. 1996 Jun;11(3):109-15. doi: 10.1177/0115426596011003109. PMID: 8807929. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8807929/>
 21. Berger MM, Pichard C. When is parenteral nutrition indicated? *J Intensive Med*. 2022 Jan 10;2(1):22-28. doi: 10.1016/j.jointm.2021.11.006. PMID: 36789227; PMID: PMC9923955. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9923955/#:~:text=Usually%2C%20feeding%20with%20EN%20becomes,context%20of%20severe%20abdominal%20sepsis.>
 22. Gea Cabrera A, Sanz-Lorente M, Sanz-Valero J, López-Pintor E. Compliance and Adherence to Enteral Nutrition Treatment in Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019 Nov 2;11(11):2627. doi: 10.3390/nu11112627. PMID: 31684024; PMID: PMC6893592. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6893592/>
 23. Jeejeebhoy KN. Enteral nutrition versus parenteral nutrition—the risks and benefits. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2007 May;4(5):260-5. doi: 10.1038/ncpgasthep0797. PMID: 17476208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17476208/>
 24. Mette M, Berger, Claude Pichard, When is parenteral nutrition indicated? *Journal of Intensive Medicine*. 2022;2(1):22-28. ISSN 2667-100X. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667100X21000517>
 25. Nicolle, L. E., Gupta, K., Bradley, S. F., Colgan, R., DeMuri, G. P., Drekonja, D., ... & Siemieniuk, R. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2019;68(10):e83-e110. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz021>
 26. Infectious Diseases Society of America. (2019). Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/asymptomatic-bacteriuria/>
 27. Grupo de Red Nacional/Internacional de Resistencia Mundial a los Antimicrobianos (WARNING). Diez reglas de oro para el uso óptimo de antibióticos en entornos hospitalarios: el llamado a la acción ADVERTENCIA. *World J Emerg Surg* 18, 50 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00518-3>
 28. Determinants of inappropriate antibiotic prescription in primary care in developed countries with general practitioners as gatekeepers: a systematic review and construction of a framework. *BMJ Open*. 2023;13(5):e065006. Published online 2023 May 17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10193070/>
 29. Tanzarella ES, Cutuli SL, Lombardi G, Cammarota F, Caroli A, Franchini E, Sancho Ferrando E, Grieco DL, Antonelli M, De Pascale G. Antimicrobial De-Escalation in Critically Ill Patients. *Antibiotics (Basel)*. 2024 Apr 19;13(4):375. doi: 10.3390/antibiotics13040375. PMID: 38667051; PMID: PMC11047373. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11047373/>
 30. Davey P, Marwick CA, Scott CL, Charani E, McNeil K, Brown E, Gould IM, Ramsay CR, Michie S. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 9;2(2):CD003543. doi: 10.1002/14651858.CD003543.pub4. PMID: 28178770; PMID: PMC6464541. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178770/>
 31. March-López P, Madrideo R, Tomas R, Boix L, Arcenillas P, Gómez L, Padilla E, Xercavins M, Martínez L, Riera M, Badia C, Nicolás J, Calbo E. Impact of a Multifaceted Antimicrobial Stewardship Intervention in a Primary Health Care Area: A Quasi-Experimental Study. *Front Pharmacol*. 2020 Apr 2;11:398. doi: 10.3389/fphar.2020.00398. PMID: 32300302; PMID: PMC7142248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7142248/>
 32. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, et al; Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis*. 2016 May 15;62(10):e51-77. doi: 10.1093/cid/ciw118. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27080992; PMID: PMC5006285. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006285/>
 33. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2019.
 34. Bugarín González, J B. Martínez Rodríguez. La oxigenoterapia en situaciones graves. *Medicina Integral*. 2000 Septiembre;36(5):157-190. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-oxigenoterapia-situaciones-graves-10022221>
 35. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J on behalf of the BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group, et al. British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *BMJ Open Respiratory Research*. 2017;4:e000170. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2016-000170>
 36. Girardis M, Busani S, Damiani E, et al. Effect of Conservative vs Conventional Oxygen Therapy on Mortality Among Patients in an Intensive Care Unit: The OXYGEN-ICU Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(15):1583-1589. doi:10.1001/jama.2016.13440. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2565306>
 37. Cabello JB, Burls A, Emparanza JI, Bayliss SE, Quinn T. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD007160. DOI: 10.1002/14651858.CD007160.pub4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007160.pub4/full>

38. Chu DK, Kim LH, Young PJ, Zamiri N, Almenawer SA, Jaeschke R, Szczeklik W, Schünemann HJ, Neary JD, Alhazzani W. Mortality and morbidity in acutely ill adults treated with liberal versus conservative oxygen therapy (IOTA): a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 28;391(10131):1693-1705. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30479-3. Epub 2018 Apr 26. PMID: 29726345. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29726345/>
39. Sanjeev Sharma, *et al.* Transfusion of Blood and Blood Products: Indications and Complications. *Am Fam Physician*. 2011;83(6):719-724. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0315/p719.html>
40. Carson JL, Guyatt G, Heddle NM, *et al.* Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. *JAMA*. 2016;316(19):2025-2035. doi:10.1001/jama.2016.9185. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2569055>
41. Carson JL, Stanworth SJ, Roubinian N, Fergusson DA, Triulzi D, Doree C, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 12;10(10):CD002042. doi: 10.1002/14651858.CD002042.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 21;12:CD002042. PMID: 27731885; PMCID: PMC6457993. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731885/>
42. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, *et al.* Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2013;368(1):11-21. doi:10.1056/NEJMoa1211877. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1211801>
43. Lindsay E, Nicolle, Suzanne Bradley, Richard Colgan, James C. Rice, Anthony Schaeffer, Thomas M. Hooton, Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults, *Clinical Infectious Diseases*. 2005 March 1;40(5):643-654. <https://doi.org/10.1086/427507> <https://academic.oup.com/cid/article/40/5/643/363229?login=false>
44. Leis, J. A., Rebick, G. W., Daneman, N., Gold, W. L., Poutanen, S. M., Bone, A., ... & Shojania, K. G. (2014). Reducing antimicrobial therapy for asymptomatic bacteriuria among noncatheterized inpatients: a proof-of-concept study. *Clinical infectious diseases*, 58(7), 980-983. <http://cid.oxfordjournals.org/content/58/7/980.full.pdf>
45. Köves B, Cai T, Veeratterapillay R, Pickard R, Seisen T, Lam TB, Yuan CY, Bruyere F, Wagenlehner F, Bartoletti R, Geerlings SE, Pilatz A, Pradere B, Hofmann F, Bonkat G, Wullt B. Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. *Eur Urol*. 2017 Dec;72(6):865-868. doi: 10.1016/j.eururo.2017.07.014. Epub 2017 Jul 25. PMID: 28754533. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28754533/>
46. TYLER J *et al.* Nonopioid Pharmacologic Treatments for Chronic Pain. Madigan Army Medical Center, Tacoma, Washington. *Am Fam Physician*. 2021;103(9):561-565. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0501/p561.html>
47. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC *et al.*; American Society of Interventional Pain Physicians. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I—evidence assessment. *Pain Physician*. 2012 Jul;15(3 Suppl):S1-65. PMID: 22786448. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22786448/>
48. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022 Nov 4;71(3):1-95. doi: 10.15585/mmwr.r7103a1. PMID: 36327391; PMCID: PMC9639433. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36327391/>
49. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Adler JA *et al.*; American Pain Society-American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain*. 2009 Feb;10(2):113-30. doi: 10.1016/j.jpain.2008.10.008. PMID: 19187889; PMCID: PMC4043401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4043401/>
50. Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults. *UptoDate*. 2024. <https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>
51. Muchas personas mayores toman ansiolíticos a pesar de los riesgos. Febrero 2015, NIH.GOV. <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/muchas-personas-mayores-toman-ansioliticos-a-pesar-de-los>
52. García-Baztán, Agurne. Prescripción de benzodiazepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2014 Enero - Febrero; 49(1):24-28. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-benzodiazepinas-el-anciano-diferentes-S0211139X13000644>
53. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-694. doi:10.1111/jgs.15767. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37139824/>
54. Glass JM, Lanctôt KL, Herrmann N, *et al.* Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005;331(7526):1169. doi:10.1136/bmj.38624.553479.AE. <https://www.bmj.com/content/331/7526/1169>
55. Patel Dhaval, Steinberg Joel *et al.*; Insomnia in the Elderly: A Review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2018 Jun 15;14(6):1017-1024. *American Academy of Sleep Medicine*. doi: 10.5664/jcsm.717. <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.7172>
56. Sun J, McPhillips MV, Chen KC, Zang Y, Li J, Oehlke J, Brewster GS, Gooneratne NS. Primary care provider evaluation and management of insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2021 May 1;17(5):1083-1091. doi: 10.5664/jcsm.9154. PMID: 33576737; PMCID: PMC8320473. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8320473/>
57. Recomendaciones y recursos, por especialidad, Choosing Wisely Canadá®. <https://choosingwiselycanada.org/recommendations/>