



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España

J. García-Alegría^{a,*}, S. Vázquez-Fernández del Pozo^b, F. Salcedo-Fernández^b,
J.M. García-Lechuz Moya^c, G. Andrés Zaragoza-Gaynor^d, M. López-Orive^e,
S. García-San Jose^f y P. Casado-Durández^g

^a Sociedad Española de Medicina Interna, Agencia Pública Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA), Zaragoza, España

^c Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^d GA Zaragoza, Zaragoza, España

^e Área de Sistemas Clínicos de Información, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

^f Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

^g Subdirección General de Calidad y Cohesión, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

Recibido el 23 de diciembre de 2016; aceptado el 8 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

No hacer;
Sociedades
científicas;
Cuidados apropiados;
Compromiso;
España

Resumen En este artículo se resumen los objetivos, la metodología y las primeras conclusiones del proyecto «*Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España*», coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Sociedad Española de Medicina Interna y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, en el que participan 48 sociedades científicas. Los objetivos de este proyecto son: disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, que son las que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas; disminuir la variabilidad en la práctica clínica; difundir entre médicos y pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios y, por último, promover la seguridad clínica. En el documento se incluyen 135 recomendaciones finales de «no hacer» elaboradas por 30 sociedades científicas españolas.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalegria@hcs.es (J. García-Alegría).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.008>

0014-2565/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

What not to do;
Scientific societies;
Appropriate
precautions;
Commitment;
Spain

Commitment to quality of the Spanish scientific societies

Abstract This article summarises the objectives, methodology and initial conclusions of the project “Commitment to Quality of the Spanish Scientific Societies”, coordinated by the Ministry of Health, Social Services and Equality, the Spanish Society of Internal Medicine and the Aragon Institute of Health Sciences, in which 48 scientific societies participate. This project’s objectives are to decrease the use of unnecessary medical interventions, which are those that have shown no efficacy, have little or questionable effectiveness or are not cost-effective; decrease variability in clinical practice; promote the commitment among physicians and patients to properly use healthcare resources; and to promote clinical safety. The document includes 135 final recommendations for what not to do, prepared by 30 Spanish scientific societies.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

Las sociedades profesionales tienen el compromiso y la obligación de orientar a las autoridades sanitarias y a la sociedad en su conjunto acerca de cómo mejorar la atención sanitaria. La carta del *Profesionalismo*, elaborada de forma conjunta por la *European Federation of Internal Medicine* y el *American Board of Internal Medicine*¹, suscrita por numerosas sociedades e instituciones, incluyó el compromiso profesional con una atención sanitaria de mayor calidad, con la seguridad de los pacientes, con el uso correcto de los recursos sanitarios, con una distribución justa de los recursos finitos y con una asistencia basada en una gestión racional y eficaz de los mismos. Con relación a ello se ha propuesto que los cuidados eficientes, conscientes de los costes, deberían ser una competencia profesional de los clínicos^{2,3}. Por otra parte, el *Código de Deontología* y *Ética Médica* establece que el profesional médico «está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición»⁴. Basándose en este compromiso por la eficiencia que debe presidir siempre las actuaciones clínicas, especialmente necesario en el contexto actual de nuestro país, los profesionales desean ofrecer soluciones desde su ámbito de responsabilidad y contribuir a la mejora del sistema sanitario⁵.

Existen numerosas evidencias de que determinadas prácticas diagnósticas y perfiles de cuidados sanitarios y tratamientos, algunos de ellos de alto coste, no aportan un valor añadido relevante para los pacientes. La reducción de estas prácticas es una medida de eficiencia que no tiene repercusión en la calidad asistencial ni en los resultados de salud.

Un ejemplo con este compromiso es la iniciativa «*Choosing Wisely*» del *American Board of Internal Medicine*, que trata de mejorar la eficiencia global del sistema sanitario en los EE. UU., con el compromiso de múltiples instituciones. Desde el inicio del «*Choosing Wisely*» se han publicado diversos artículos que revisan los objetivos generales del proyecto^{6,7}, ofrecen recomendaciones prácticas de eficiencia⁸⁻¹⁰, comentan las actividades preventivas de bajo valor¹¹, revisan el uso apropiado de las pruebas radiológicas

^{12,13} o analíticas^{14,15}, el método para diseñar recomendaciones y las medidas de resultados¹⁶.

La *Sociedad Española de Medicina Interna* (SEMI) propuso en 2012 un proyecto con la participación de otras sociedades científicas españolas para reducir las actividades de bajo valor en España. Finalmente, el proyecto fue aprobado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la denominación «*Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España*», y se enmarca en las actividades de la *Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. La coordinación de este proyecto se ha hecho de forma conjunta por el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud* con el equipo del programa de *Guías de Práctica Clínica* «*GuíaSalud*» y la SEMI. Se trata de un proyecto incluyente, participativo y abierto, orientado a profesionales, pacientes y organizaciones sanitarias, con una base científica sólida y con distintas etapas en su ejecución.

El objetivo principal de este proyecto es disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, entendiendo como tales aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas. Son objetivos secundarios la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, la difusión del compromiso con el uso adecuado de los recursos sanitarios y, por último, la promoción de la seguridad clínica y de la calidad asistencial. En este artículo se describe la metodología utilizada para la selección y las 135 recomendaciones finales de 30 sociedades científicas españolas.

Metodología

La metodología del trabajo se estructuró en las siguientes etapas:

1. Identificación de recomendaciones de «no hacer» en las guías de práctica clínica y otras fuentes basadas en la evidencia.
2. Selección y preparación del listado preliminar de recomendaciones de «no hacer» por parte de las sociedades

Tabla 1 Recomendaciones seleccionadas por cada una de las 12 sociedades científicas incluidas en la primera etapa del proyecto ordenadas por orden alfabético (año 2013)

Asociación Española de Pediatría

1. No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo)
2. No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TC, RM) en niños y niñas con convulsión febril simple
3. No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis
4. No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celiaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta
5. No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda

Sociedad Española de Cardiología

1. No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio
2. No prescribir fibratos de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular
3. No utilizar de forma rutinaria antagonistas de canales de calcio para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio
4. 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)
5. En pacientes con fibrilación auricular persistente en los cuales se ha corregido la causa de la misma (p. 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 Endocrinología y Nutrición

1. No utilizar glitazonas en pacientes diabéticos con insuficiencia cardiaca
2. No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal
3. No determinar tiroglobulina en la evaluación inicial de la malignidad de un nódulo tiroideo
4. No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos en los pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad
5. No realizar ecografía tiroidea a todo paciente con hipotiroidismo subclínico

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Sociedad Española de Médicos Generales

1. No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo
2. No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas
3. No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable
4. No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata
5. No emplear la rifampicina junto con pirazinamida por su elevada toxicidad para la quimioprofilaxis primaria de la tuberculosis en las personas inmunocompetentes

Sociedad Española de Medicina Interna

1. No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos
2. No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular
3. No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada
4. La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardiaca crónica
5. En la mayoría de las ocasiones en que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata

Sociedad Española de Nefrología

1. No iniciar tratamiento sustitutivo renal con diálisis sin haber hecho previamente una adecuada toma de decisiones en la que participen el paciente, la familia y el médico
2. En el paciente anciano con ERC y proteinuria, no se deberá procurar un objetivo de presión arterial inferior a 130/80 mmHg de forma rutinaria
3. No se deberá usar de forma rutinaria la asociación de un inhibidor directo de la renina y un IECA o ARAII

Tabla 1 (continuación)

4. No prescribir suplementos de ácido fólico, ni vitamina C específicamente para el tratamiento de la anemia en la ERC
5. No medir sistemáticamente los niveles de renina plasmática como marcador pronóstico de hipertensión arterial en niños y niñas con daño renal permanente

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

1. En pacientes con EPOC, con presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO₂) mayor de 55 mmHg y sin desaturación por ejercicio, no prescribir tratamiento ambulatorio con oxígeno
2. En el asma bronquial, no utilizar LABA como único tratamiento
3. No se debe realizar de forma rutinaria RM para evaluar el estadio del cáncer pulmonar de célula no pequeña
4. 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)
5. En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo

Sociedad Española de Neurología

1. No repetir estudios de neuroimagen (RM y/o TC) reiteradamente en pacientes con cefalea primaria (migraña y cefalea tensional) sin cambios en el perfil de la misma
2. No repetir de forma rutinaria electroencefalogramas en el paciente epiléptico controlado (sin cambios en el perfil de las crisis) salvo que se quiera retirar la medicación
3. No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson
4. No usar anticoagulantes de forma rutinaria en el tratamiento del ictus agudo
5. En pacientes con esclerosis múltiple no usar tratamiento con corticosteroides de larga duración

Sociedad Española de Patología Digestiva

1. No programar revisiones ni colonoscopias antes de 5 años en el seguimiento postpolipectomía de pacientes con uno o 2 adenomas menores de un centímetro, sin displasia de alto grado, completamente extirpados en una colonoscopia de alta calidad
2. No dar profilaxis antibiótica a personas con pancreatitis aguda leve
3. No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales
4. No restringir la ingesta de líquidos en los pacientes con ascitis, salvo en presencia de hiponatremia dilucional con natremia inferior a 125 mEq/l
5. No utilizar la detección de anticuerpos IgA, ni IgG anti gliadina para el diagnóstico de la enfermedad celiaca

Sociedad Española de Reumatología

1. No usar 2 o más AINE de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad
2. No utilizar sustancias terapéuticas inyectables a nivel local para el dolor lumbar inespecífico
3. El lavado artroscópico con desbridamiento no está indicado en los pacientes con artrosis de rodilla salvo clara historia de bloqueo mecánico
4. No se debe utilizar ni la QUS ni la radiografía simple para el diagnóstico de la osteoporosis
5. No se recomienda la práctica de TC ni de RM en la cervicalgia o lumbalgia inespecíficas sin signos de alarma

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARAll: antagonista de los receptores de angiotensina II; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; IBP: inhibidores de la bomba de protones; IECA: inhibidor del enzima convertidora de la angiotensina; Ig: inmunoglobulina; LABA: broncodilatadores betamiméticos inhalados de acción prolongada; PaO₂: presión arterial de oxígeno; PSA: antígeno prostático específico; RM: resonancia magnética; QUS: ultrasonometría cuantitativa; TC: tomografía computarizada.

científicas implicadas y el grupo coordinador del proyecto, con la finalidad de contar con un listado preliminar de 15 recomendaciones de «no hacer» (10 propuestas por las sociedades científicas y 5 por la coordinación).

3. Establecimiento del listado definitivo de 5 recomendaciones de «no hacer» por cada sociedad científica, priorizadas mediante el método Delphi.

1.ª etapa: Identificación de las recomendaciones

El proceso de selección e identificación de recomendaciones de «no hacer» requirió la revisión y búsqueda de las mismas en guías de práctica clínica del *Programa y Catálogo de Guías del Sistema Nacional de Salud*, en fuentes como «Do not do» del *National Institute for Clinical Excellence*, y

en experiencias similares en Canadá¹⁷, Australia¹⁸ y Nueva Zelanda¹⁹. Además, se realizó el análisis en otras fuentes científicas como revisiones sistemáticas, informes de agencias de evaluación de tecnología sanitaria, y ensayos clínicos aleatorizados.

2.ª etapa: Selección del listado preliminar de 15 recomendaciones de «no hacer»: Trabajo realizado conjuntamente por las sociedades científicas y la coordinación del proyecto

Cada sociedad científica estableció y propuso un listado preliminar de 10 recomendaciones de «no hacer», con aportación de la evidencia científica que las sustentaban, seleccionándolas desde el punto de vista clínico y de su ade-

Tabla 2 Recomendaciones seleccionadas por cada una de las 10 sociedades científicas incluidas en la segunda etapa del proyecto ordenadas por orden alfabético (año 2014)

Asociación Española de Biopatología Médica

1. No solicitar marcadores tumorales serológicos como cribado poblacional (salvo que se pertenezca a los grupos de riesgo definidos para cada tipo de tumor)
2. En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1c más de 2 veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a 3 meses
3. No realizar estudios de cribado tiroideo en pacientes ingresados. Cuando se realicen en pacientes ambulatorios, determinar solo TSH, pudiendo ampliar el laboratorio a FT4 y otras determinaciones, en aquellos casos en que proceda
4. No realizar reevaluación de anticuerpos antinucleares en tiempos inferiores a 3 meses
5. No utilizar CK ni CK-MB en el diagnóstico de IAM

Asociación Española de Cirujanos

1. No realizar colecistectomía en pacientes con colelitiasis asintomática
2. No mantener sondaje vesical más de 48 h tras cirugía gastrointestinal
3. No prolongar más de 24 h, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica
4. No realizar profilaxis antibiótica de rutina para la cirugía no protésica limpia y no complicada
5. No indicar antibioterapia postoperatoria en apendicitis no complicada

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

1. No llevar a cabo pruebas cutáneas o «in vitro» con alérgenos sin haber realizado previamente una historia clínica detallada
2. No realizar las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos de riesgo en alergología, sin garantías de calidad y seguridad clínica
3. No realizar pruebas diagnósticas de dudosa eficacia, como la IgG o una batería indiscriminada de IgE a alérgenos en el estudio de las alergias
4. En las reacciones anafilácticas, no utilizar los antihistamínicos ni los corticoides como primera línea de tratamiento; se debe priorizar el uso de adrenalina
5. No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados

Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor

1. No mantener niveles profundos de sedación en pacientes críticos sin una indicación específica
2. No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico según la Asociación Americana de Anestesiología (ASA I o II)
3. No realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física
4. No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados
5. No realizar pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sin enfermedad sistémica (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima

Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

1. No administrar plasma o complejos protrombínicos para reversión de los antagonistas de la vitamina K en situaciones que no sean de urgencia (es decir, fuera del entorno de hemorragia grave, hemorragia intracraneal o cirugía de urgencia)
2. No transfundir un número mayor de concentrados de hematíes que los necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o para volver a un paciente a un rango seguro de Hb (7-8 g/dl en pacientes no cardíacos estables)
3. No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica
4. En pacientes adultos con anemia que reciben un estimulador de la eritropoyesis, no se recomienda la corrección rutinaria a niveles de Hb superior a 12 g/dl (ajustar dosis para nivel Hb deseado entre 10 y 12 g/dl)
5. No realizar PAAF para el diagnóstico de un paciente con adenopatías en el que se sospeche un origen linfóide neoplásico

Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias

1. No continuar el tratamiento antibiótico empírico, iniciado tras ingreso por infección grave, sin valorar diariamente su pertinencia y posible desescalamiento
2. No realizar analíticas sanguíneas, de forma rutinaria, fuera de indicaciones clínicas específicas
3. No realizar radiografía de tórax diaria, de forma rutinaria, en las unidades de cuidados intensivos
4. No mantener las medidas de aislamiento, establecidas en pacientes con enfermedad transmisible confirmada, durante toda su estancia en la UCI. Las medidas se deben mantener habitualmente mientras dura la enfermedad infecciosa o la colonización
5. No se deben transfundir concentrados de hematíes en pacientes críticos hemodinámicamente estables, no sangrantes, sin afectación cardiológica o del sistema nervioso central con una concentración de Hb superior a 7 g/dl

Tabla 2 (continuación)

Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular

1. No realizar PET-FDG como técnica de cribado poblacional del cáncer de próstata
2. No sustituir la técnica de ganglio centinela isotópica por otras técnicas no isotópicas hasta que estas últimas alcancen el mismo nivel de seguridad diagnóstica y evidencia científica de que disponen actualmente las primeras
3. No realizar GPM para el diagnóstico de cardiopatía isquémica en pacientes asintomáticos con bajo riesgo de enfermedad, en pacientes con baja probabilidad pretest con ECG interpretable y capacidad para el ejercicio, y en pacientes para valoración preoperatoria de cirugía de bajo riesgo
4. No realizar gammagrafía de paratiroides con SPECT-TC para localización de adenomas paratiroides en pacientes sin diagnóstico bioquímico de hiperparatiroidismo y en pacientes no candidatos a cirugía
5. No realizar cirugía oncológica de la mama ni del melanoma, con criterios de indicación para ganglio centinela utilizando trazadores radioactivos, si el equipo médico-quirúrgico no dispone de suficiente experiencia en el manejo de la misma

Sociedad Española de Oncología Médica

1. No administrar de forma concomitante anticuerpos antiEGFR y anticuerpos antiangiogénicos en cáncer colorrectal metastásico KRAS nativo
2. En cáncer de mama, no administrar de forma simultánea quimioterapia adyuvante con la terapia endocrina adyuvante
3. 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
4. No se recomienda utilizar bisfosfonatos para la prevención de metástasis óseas en pacientes con cáncer de próstata
5. 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 Radiología Médica

1. No hacer radiografía simple de cráneo de manera rutinaria en pacientes con TCE, excepto confirmación o sospecha de TCE de causa no accidental
2. No hacer radiografía simple de abdomen en el niño y adolescente de forma rutinaria con dolor abdominal agudo, salvo sospecha de obstrucción o perforación intestinal
3. No hacer radiografía de pelvis en paciente politraumatizado si se va a practicar una TC de cuerpo completo
4. No hacer TC ni RM en niños con convulsión febril simple
5. No hacer RM de cribado de cáncer de mama en mujeres asintomáticas sin factores de riesgo

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

1. No utilizar vendajes neuromusculares adhesivos de forma indiscriminada y como primera línea de tratamiento, para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad en toda enfermedad neuromuscular
2. No emplear, de manera sistemática, láseres de baja intensidad para el tratamiento del dolor osteomuscular, sin estimar posible respuesta en función de la etiología
3. No realizar pruebas de imagen (radiografía, RM, TC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma
4. En el tratamiento del síndrome femoropatelar, no utilizar modalidades terapéuticas físicas (termoterapia, TENS) de forma aislada
5. No recomendar reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo

CK: creatinina; CK-MB: creatinina M-B; ECG: electrocardiograma; EGFR: receptor del factor de crecimiento epidérmico; FT4: tiroxina libre; GPM: gammagrafía de perfusión miocárdica; Hb: hemoglobina; HbA1c: hemoglobina glucada; HER-2: receptor del factor de crecimiento epidérmico 2; IAM: infarto agudo de miocardio; Ig: inmunoglobulina; KRAS: *Kirsten rat sarcoma viral oncogene*; PAAF: punción aspiración con aguja fina; PET-FDG: tomografía por emisión de positrones con fluodesoxiglucosa; RM: resonancia magnética; SPECT-TC: tomografía computarizada monofotónica; TC: tomografía computarizada; TCE: traumatismo craneoencefálico; TENS: electroestimulación nerviosa transcutánea; TSH: hormona estimulante del tiroides o tirotrópica; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

cuación al Sistema Nacional de Salud (fig. 1). Esta selección la realizó un grupo de expertos diferente al que participó en la priorización de las 5 recomendaciones finales de «no hacer».

Además, el grupo de coordinación del proyecto realizó una propuesta de 5 recomendaciones de «no hacer» a cada sociedad científica. Tanto estas como la coordinación del proyecto tuvieron que aprobar conjuntamente las recomendaciones de «no hacer» propuestas previamente al proceso de priorización mediante metodología Delphi.

3.ª etapa: Selección del listado definitivo de 5 recomendaciones de no hacer por cada sociedad científica. Proceso de priorización con el método Delphi

Cada panel trabajó con un listado preliminar de 15 recomendaciones de «no hacer», 10 de ellas propuestas por las sociedades científicas y 5 por la coordinación del proyecto. Finalizada la priorización de las 5 recomendaciones de «no hacer», todas las aprobadas fueron publicadas.

Tabla 3 Recomendaciones seleccionadas por cada una de las 8 sociedades científicas incluidas en la tercera etapa del proyecto ordenadas por orden alfabético (año 2015)

Asociación Española de Urología

1. No realizar TC de estadificación ni gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado si el PSA es menor de 10 y el Gleason es menor de 8
2. No tratar la vejiga hiperactiva sin excluir otras enfermedades que puedan causar sintomatología similar
3. No restringir la ingesta de calcio en los pacientes con litiasis renal cálcica recidivante si su dieta se considera adecuada
4. En pacientes asintomáticos y con PSA inferiores a la normalidad, no realizar determinaciones de PSA en intervalos inferiores a un año
5. No realizar estudios de fertilidad, tanto en la mujer como en el varón, sin disponer al menos de 2 seminogramas que no cumplan parámetros de normalidad

Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular

1. No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la TSH y, en caso que fuese anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento según los hallazgos
2. No se recomienda la determinación de CK, CK-MB, AST, LDH o mioglobina para el diagnóstico de daño miocárdico (o infarto)
3. No hacer IgE específica para alérgenos sin historia clínica de reacciones adversas o sin pruebas «in vivo» previas. En todo caso no realizar estudios sistemáticos de varias inmunoglobulinas contra alérgenos sin una revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente
4. No realizar cribado poblacional de déficit de vitamina D mediante la concentración en suero de 1,25-dihidroxiVitamina D (calcidiol)
5. No solicitar una VSG para valorar la inflamación en pacientes con diagnóstico no definido. Para detectar el estado proinflamatorio en fase aguda solicitar la PCR

Sociedad Española de Calidad Asistencial

1. No utilizar catéteres urinarios permanentes en pacientes sin indicación apropiada
2. No utilizar rutinariamente antisépticos o antibióticos tópicos para el tratamiento de una úlcera por presión en adultos
3. No utilizar abreviaturas en las hojas de prescripción
4. No separar a la madre del niño tras el parto, sin que haya ninguna causa médica que lo justifique
5. No utilizar documentos estándar de consentimiento informado sin facilitar una adecuada discusión e información personalizada de los problemas

Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

1. No realizar la exodoncia de los cordales en jóvenes y adolescentes cuando exista un espacio adecuado para su erupción, y puedan llegar a tener una posición funcional en la arcada dentaria; o en los niños aunque aparezcan impactados, pues pueden cambiar de posición
2. No realizar la exodoncia de cordales profundamente impactados sin evidencia de enfermedad, cuando están completamente cubiertos de hueso y/o tejido blando
3. No realizar una biopsia excisional sin margen de seguridad en las lesiones de la mucosa oral sospechosas de cáncer
4. No utilizar técnicas de regeneración ósea guiada en defectos óseos no críticos de los maxilares (p. ej. en alvéolos postextracción o cavidades quísticas cuando solo falta una pared)
5. No realizar profilaxis antibiótica sistemática en cirugía oral menor, incluyendo extracciones dentarias, sin signos de infección previa

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

1. No demorar la cirugía de la fractura de cadera del anciano más de 48 h en ausencia de contraindicación médica formal
2. No prolongar más de 24 h la profilaxis antibiótica después de una intervención quirúrgica no complicada
3. No indicar una prótesis articular en el primer episodio de dolor agudo de rodilla o cadera, aunque existan signos radiográficos artroscópicos
4. No prescribir opiáceos en dolor lumbar discapacitante agudo antes de evaluar y de considerar otras alternativas
5. No hacer una radiografía de tórax en el estudio preoperatorio de un paciente joven sano

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Sociedad Española de Medicina Geriátrica

1. 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
2. No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento
3. No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional
4. No indicar colocación de sonda nasogástrica ni gastrostomía percutánea en pacientes con demencia en fase avanzada

Tabla 3 (continuación)

5. No indicar el estudio de factores de riesgo genético de demencia (como genotipo Apo E) con fines de asesoramiento genético en el sujeto asintomático

Sociedad Española de Psiquiatría

1. No utilizar la medición de los niveles plasmáticos de serotonina como criterio diagnóstico de trastorno depresivo
2. No utilizar antipsicóticos para el tratamiento de ansiedad generalizada en atención primaria
3. No prescribir los antihistamínicos para el tratamiento del trastorno de pánico
4. No administrar benzodiazepinas de vida media larga para el tratamiento crónico del insomnio en personas mayores de 65 años
5. No se recomienda en psicosis y esquizofrenia infantil utilizar una dosis de carga de antipsicóticos (técnica de neuroleptización rápida)

Apo E: apolipoproteína E; AST: aspartato aminotransferasa; CK: creatinina; CK-MB: creatinina M-B; HbA1c: hemoglobina glucada; Ig: inmunoglobulina; LDH: lacticodehidrogenasa; PCR: proteína C reactiva; PSA: antígeno prostático específico; TC: tomografía computarizada; TSH: hormona estimulante del tiroides o tirotrópina; VSG: velocidad de sedimentación globular.

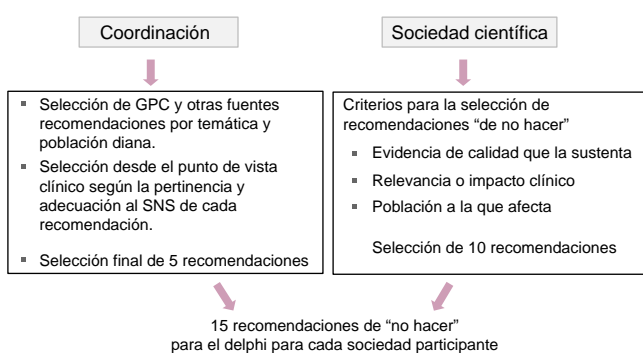


Figura 1 Metodología para la selección preliminar de recomendaciones de «no hacer».

Constitución del panel de expertos

Cada sociedad científica designó un panel de 25 expertos. Los requisitos exigidos para constituir el panel fueron que el grupo representara a la sociedad científica en aspectos como el perfil de los socios (edad y sexo) y que la participación de miembros de la junta directiva de la sociedad no superara el 15% del total de panelistas. Cada uno de los expertos, de manera previa a su incorporación, cumplimentó una declaración de intereses.

Priorización de recomendaciones de «no hacer»

El sistema de selección final se realizó mediante un método Delphi, usando una escala Likert del grado de acuerdo o desacuerdo con cada recomendación que va del 1 al 9 (1 = totalmente en desacuerdo; 9 = totalmente de acuerdo).

Se dieron las siguientes indicaciones de priorización para cada una de las recomendaciones expuestas: a) impacto económico (coste de la medida \times frecuencia), b) seguridad clínica (riesgo \times número de casos) y c) intervenciones de alto coste y baja prevalencia.

Se pasaron las encuestas de forma no presencial en 2 rondas para buscar el consenso mediante un procedimiento matemático de agregación de juicios individuales, en donde cada experto participó por medio de una aplicación informática en red (SurveyMonkey®), accediendo a través de una dirección electrónica.

Para el análisis de los datos de las encuestas se consideró la mediana y el rango intercuartílico (RIQ) (percentiles 25-75). Los criterios de valoración del grado de acuerdo fueron: mediana entre 7-9 puntos se consideró acuerdo alto; mediana entre 4-6, neutralidad; y mediana entre 1-3, desacuerdo alto. Se consideró una dispersión baja con $RIQ \leq 2$, y alta con $RIQ > 2$.

Cuando en una primera ronda no se alcanzaba un consenso, se realizaba una segunda. En esta se envió a cada panelista, junto con cada recomendación, su valoración en la ronda anterior, la mediana y el RIQ, para que efectuase una nueva valoración. Solo se enviaron en ese momento las recomendaciones con una mediana ≥ 7 y un $RIQ \leq 2$.

En la segunda ronda, sobre el mismo cuestionario que en la primera, se presentaron los resultados obtenidos y se solicitó a los participantes que reconsiderasen su respuesta de la primera ronda en función de los resultados de todo el grupo (fig. 2).

Resultados

Las 12 sociedades científicas participantes en 2013, con un total de 216 panelistas, fueron las siguientes: Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española (SE) de Cardiología, SE de Endocrinología y Nutrición, SE de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMI, la SE de Médicos de Atención Primaria, SE de Médicos Generales, SE de Medicina Familiar y Comunitaria, SE de Nefrología, SE de Neumología y Cirugía Torácica, SE de Neurología, SE de Patología Digestiva y SE de Reumatología. Las sociedades representativas de atención primaria realizaron un panel conjunto. Las recomendaciones finalmente seleccionadas por los paneles de expertos se reflejan en la tabla 1.

Las 10 sociedades participantes en el año 2014, con un total de 232 panelistas, fueron: Asociación Española de Biopatología Médica, Asociación Española de Cirujanos, SE de Alergología e Inmunología Clínica, SE de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, SE de Hematología y Hemoterapia, SE de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, SE de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, SE de Oncología Médica, SE de Radiología Médica, SE de Rehabilitación y Medicina Física. Las recomendaciones propuestas se exponen en la tabla 2.

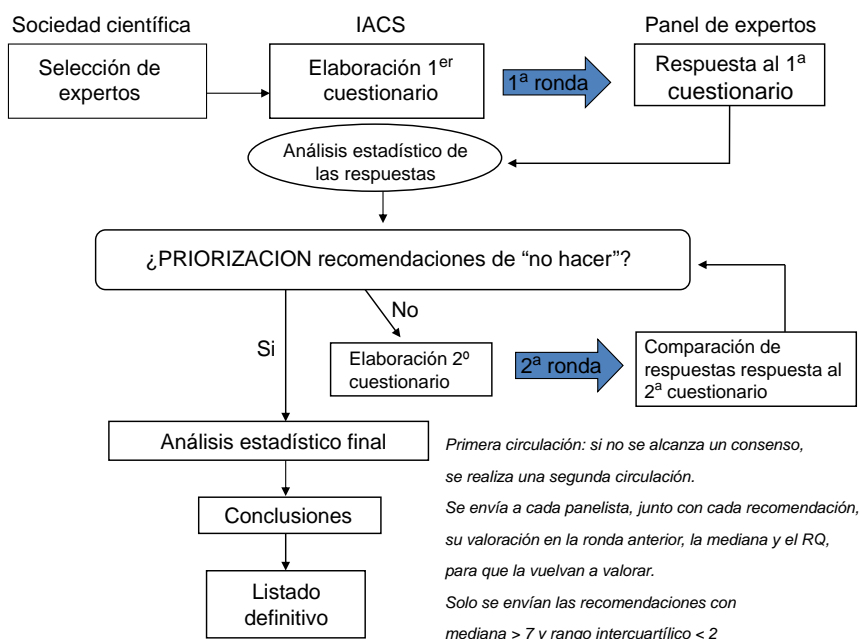


Figura 2 Metodología para la selección final de las recomendaciones de «no hacer».

Las 8 Sociedades participantes en el año 2015, con un total de 170 panelistas, fueron: Asociación Española de Urología, SE de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, SE de Calidad Asistencial, SE de Cirugía Oral y Maxilofacial, SE de Cirugía Ortopédica y Traumatología, SE de Geriatria y Gerontología, SE de Medicina Geriátrica y SE de Psiquiatría. Las sociedades de Geriatria realizaron un panel conjunto. Las recomendaciones están reflejadas en la [tabla 3](#).

En la actualidad, el proyecto está activo con un total de 48 sociedades participantes. Todas ellas y todas las recomendaciones emitidas, que pueden ser impresas, están accesibles en la página del Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad en el apartado de Excelencia Clínica (<https://www.mssi.gob.es/profesionales/excelencia/home.htm>). En resumen, en este artículo se exponen 135 recomendaciones de «no hacer» elaboradas por 30 sociedades científicas españolas, con la participación de 618 panelistas expertos, seleccionadas con un método riguroso y predefinido en cuanto a la búsqueda y votación, que pueden facilitar la toma de decisiones a los clínicos, a los pacientes y a la administración sanitaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Fundación American Board of Internal Medicine, la Fundación American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:704–6.
- Weinberger SE. Providing high-value, cost-conscious care: A critical seventh general competency for physicians. *Ann Intern Med*. 2011;155:386–8.
- Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: An international imperative. *Eur J Intern Med*. 2012;23:495–8.
- Organización Médica Colegial. Código de Deontología y Ética Médica. Madrid, 2011.
- Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegria J. Core competencies in Internal Medicine. *Eur J Intern Med*. 2012;23:338–41.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801–2.
- Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA*. 2012;308:1635–6.
- Siwek J. Choosing wisely: Top interventions to improve health and reduce harm, while lowering costs. *Am Fam Physician*. 2012;86:128–33.
- Williams AW, Dwyer AC, Eddy AA, Fink JC, Jaber BL, Linas SL, et al., American Society of Nephrology Quality, and Patient Safety Task Force. Critical and honest conversations: The evidence behind the “Choosing Wisely” campaign recommendations by the American Society of Nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012;7:1664–72.
- De Boer MJ, van der Wall EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. *Neth Heart J*. 2013;21:1–2.
- Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitz C, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med*. 2012;156:147–9.
- Neeman N, Quinn K, Soni K, Mourad M, Sehgal NL. Reducing radiology use on an inpatient medical service: Choosing Wisely. *Arch Intern Med*. 2012;172:1606–8.
- Rao VM, Levin DC. The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely initiative. *Ann Intern Med*. 2012;157:574–6.
- Fryer AA, Smellie WS. Managing demand for laboratory tests: A laboratory toolkit. *J Clin Pathol*. 2013;66:62–72.
- Smellie WS. Demand management and test request rationalization. *Ann Clin Biochem*. 2012;49:323–36.
- Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC, American College of Physicians Performance Measurement Committee. Design and use of performance measures to decrease

- low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2013;158:55–9.
17. Grad DR. Choosing Wisely Canada. *Can Fam Physician.* 2016;62:729.
 18. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australia policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy.* 2007;4:23.
 19. Bohmer G, Pain P, Watt C, Abernethy A, Sceats PJ. Maximizing health gain within available resources in the New Zealand public health system. *Health Policy.* 2001;55:37–50.