



ARTÍCULO ESPECIAL

Identificación y revisión de prácticas clínicas de poco valor clínico en Cirugía General y Digestiva



I.H. Rodríguez-Álvarez^{a,*}, D. Parés^b, J.F. Julián^b y M. Ballester^c

^a Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León, México

^b Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Germans Trias i Pujol, Universidad Autónoma de Barcelona, Badalona, España

^c Dirección de Calidad, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

Recibido el 16 de mayo de 2019; aceptado el 16 de julio de 2019

Disponible en Internet el 18 de noviembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Adecuación en salud;
Calidad asistencial;
Recomendaciones;
Cirugía General

Resumen

Introducción: Actualmente existen prácticas clínicas ampliamente extendidas que por no adaptarse a la evidencia científica disponible son inapropiadas para la mayoría de los pacientes. El objetivo del presente trabajo fue identificar las prácticas de poco valor en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de las bases de datos especializadas y las guías publicadas con identificación de las prácticas de poco valor en Cirugía General y del Aparato Digestivo. De las prácticas de poco valor seleccionadas para un hospital terciario y universitario mediante el consenso de cirujanos expertos se identificaron aquellas que no aportan valor clínico.

Resultados: En una primera búsqueda se hallaron 4.019 recomendaciones, de las cuales 60 fueron seleccionadas por ser de la especialidad de Cirugía General y Digestiva. Tras la evaluación efectuada por los expertos, se seleccionaron un total de 29 recomendaciones clínicas para implementarlas en un servicio de la especialidad las cuales fueron divididas en las correspondientes a procesos diagnósticos (n = 9), de procedimientos y técnica quirúrgica (n = 10) y de cuidados perioperatorios y medicación (n = 10).

Conclusiones: Existe evidencia en la literatura de algunas prácticas clínicas que aportan poco valor en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Los cambios referentes a no hacer estas prácticas deberían implementarse en los servicios de esta especialidad.

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dapares@gmail.com (I.H. Rodríguez-Álvarez).

KEYWORDS

Health adequacy;
Quality of
Healthcare;
Recommendations;
General Surgery

Identification and review of low-value clinical practices in General and Digestive Surgery

Abstract

Introduction: There are currently widespread clinical practices that, because they do not have been supported by available scientific evidence, are inappropriate for most patients. The objective of the present study was to identify and review these low-value clinical practices in General Surgery.

Material and methods: A systematic review of the specialized databases and the published guidelines with identification of low-value practices in General Surgery was carried out. Of the low-value practices selected for a tertiary and university hospitals through the consensus of expert surgeons, those that do not provide clinical value were identified.

Results: In a first search, 4,019 recommendations were found, of which 60 were selected because they were focused on General Surgery. After evaluation by the experts, a total of 29 clinical recommendations were selected to be implemented in a specialty service, which were divided into those corresponding to diagnostic processes (n=9), procedures and surgical technique (n=10) and of perioperative care and medication (n=10).

Conclusions: There is evidence in the literature of some clinical practices that provide little value in General Surgery. The changes referring to do-not-do these practices should be implemented in current clinical practice of this specialty.

© 2019 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La conciencia mundial sobre la prevalencia de la atención de bajo valor clínico ha ido en aumento. En más de 20 países existen organizaciones comprometidas con la calidad asistencial, las cuales identifican prácticas clínicas de *poco valor* (aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias) siendo promovidas en las instituciones sanitarias y entre el personal clínico, para evitarlas. Estas recomendaciones de «no hacer» son conocidas como *right care*¹.

Ejemplos de organizaciones que han trabajado estas recomendaciones en España son el Ministerio de Sanidad o el *programa Esencial* de la Agencia de Calidad de la Atención Sanitaria (AQuAS) del Departamento de Salud de Cataluña. Antes de que se realice alguna recomendación, estas son analizadas bajo una metodología rigurosa disminuyendo el riesgo de ambigüedad. Así mismo, después de su publicación, las recomendaciones son analizadas dentro de un determinado periodo de tiempo para actualizar su información²⁻⁵.

Otros elementos importantes de calidad en los procesos de selección de las recomendaciones son: su nivel de transparencia, la aprobación por un comité o personal designado, y finalmente la verificación de la existencia de un vínculo real entre la evidencia científica y la recomendación clínica práctica³⁻⁵.

Evitar prácticas clínicas que no aportan valor contribuye a la mejora de la calidad asistencial, a la sostenibilidad del sistema sanitario, a la innovación de prácticas y a la optimización de los recursos sanitarios^{6,7}. Está demostrado, por ejemplo, que en contraste con las prácticas de efectividad existen otras de escaso valor clínico, y algunas en

las que la evidencia científica publicada constata que no aportan beneficio clínico alguno, e inclusive pueden ser contraproducentes al crear efectos adversos cuando se utilizan de manera rutinaria en los servicios asistenciales⁵. Se ha estimado que aproximadamente el 15% de las decisiones médicas están basadas en evidencia científica sobre sus resultados⁸ y que aproximadamente un 25% de las prácticas diagnósticas o terapéuticas realizadas no tienen un valor demostrado, y pueden causar iatrogenia⁹.

En la actualidad existen en España servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo de algunos hospitales que elaboran guías de práctica clínica, guías de buenas prácticas, protocolos de adecuación y seguridad en equipos multidisciplinares y recogen aquellas prácticas con mayor beneficio que riesgo, así como la recomendación de no realizar las que representen poco valor, generando resultados alentadores que motivan a otras instituciones a realizar este tipo de trabajos¹⁰⁻¹².

El objetivo del trabajo fue seleccionar las prácticas de poco valor en Cirugía General y del Aparato Digestivo para un hospital terciario y universitario, a partir de una base de datos específica, mediante el consenso de cirujanos expertos.

Métodos

En la primera fase, se consultaron las bases de datos de la página de Diana Salud (<http://dianasalud.com/>), elaborada por profesionales del Centro Cochrane del Instituto de Investigación (IIB) Sant Pau y que integra las recomendaciones existentes para la adopción de las mejores decisiones clínicas¹³. En agosto de 2018, se encontraron 25 iniciativas o proyectos de selección de prácticas que aportaban valor en Cirugía.

En dicha base de datos se identificaron para cada recomendación: 1) número de identificación, 2) nombre de iniciativa, 3) institución donde se presentaba la recomendación, 4) tipo de recomendación, 5) tipo de intervención, 6) año de la recomendación, 7) título, descripción, 8) especialidades implicadas y 9) fuente bibliográfica digital.

Posteriormente se seleccionaron aquellas recomendaciones de la especialidad de Cirugía en base a los siguientes criterios:

- Todas las recomendaciones donde el título mencionara o correspondiera a la especialidad de Cirugía General.
- Todas las recomendaciones donde la descripción mencionara o correspondiera a la especialidad.

Los criterios de exclusión de las recomendaciones fueron los siguientes:

- Las recomendaciones donde el enlace digital proporcionado para analizar la evidencia científica no existía, dirigía a otra página de Internet, no se correspondía con lo descrito en la evidencia o no se encontraba vigente.
- Las recomendaciones en que se mencionaran en el título o en la descripción la especialidad de Cirugía General y al analizarlas no correspondieran a dicha especialidad.
- Aquellas recomendaciones que pertenecían al nivel de atención primaria.
- Aquellas recomendaciones basadas en un solo artículo publicado y no en una revisión sistemática o consenso de expertos.
- Aquellas recomendaciones provenientes de un solo caso clínico.

En la segunda fase, las recomendaciones fueron enviadas a 3 especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo del hospital con amplia experiencia clínica y en gestión de calidad. Ellos analizaron críticamente cada una de las recomendaciones de forma individual y grupal, ponderando en una matriz diseñada por nuestro equipo de Calidad cada una de las siguientes variables que se muestra en la [tabla 1](#). Esta evaluación estaba compuesta por una escala de puntuación de 1 a 3 en 4 dimensiones: a) valor de la

Tabla 1 Descripción de la ponderación de las variables

El valor de la recomendación

1. Bajo
2. Medio
3. Alto

Factibilidad

1. No factible
2. Medianamente factible
3. Totalmente factible

Aceptabilidad

1. Nada aceptable
2. Medianamente aceptable

Adecuación al entorno de un hospital terciario y universitario

1. Nada adecuada
2. Medianamente adecuada
3. Totalmente adecuada

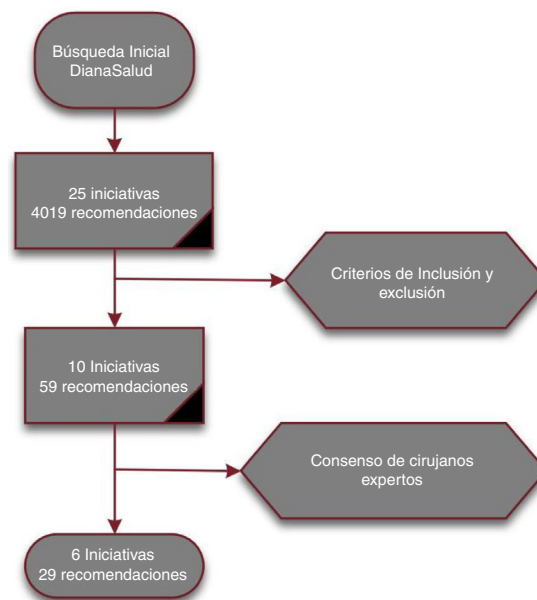


Figura 1 Método de selección de las recomendaciones.

recomendación, b) factibilidad de la recomendación, c) aceptabilidad esperada y d) adecuación al entorno de un hospital terciario universitario. Se seleccionaron solo las 29 prácticas que puntuaron con 3 puntos en todas las dimensiones el grupo de cirujanos expertos.

Cabe mencionar que la herramienta de trabajo fue realizada y supervisada por la dirección de Calidad para disminuir la variabilidad en el proceso.

Resultados

En una primera búsqueda se hallaron 4.019 iniciativas o proyectos de adecuación en Cirugía. En ellas se seleccionaron 60 recomendaciones que fueron seleccionadas por ser de la especialidad de Cirugía General y Digestiva.

Tras la evaluación efectuada por los expertos, se seleccionaron un total de 29 recomendaciones clínicas que fueron evaluadas con una puntuación de 3 en la escala de evaluación diseñada para el trabajo en cada uno de los aspectos evaluados.

Como el objetivo era identificar prácticas para implementarlas en un servicio de la especialidad en un hospital universitario, estas fueron divididas en las correspondientes a: a) procesos diagnósticos, b) procedimientos y técnica quirúrgica y c) cuidados perioperatorios y medicación.

Del análisis realizado se seleccionaron un total de 29 recomendaciones ([fig. 1](#)). Dichas recomendaciones se categorizaron en 3 tipos:

- Nueve recomendaciones sobre procesos diagnósticos ([tabla 2](#)).
- Diez recomendaciones referentes a procedimientos y técnica quirúrgica ([tabla 3](#)).
- Diez recomendaciones sobre cuidados perioperatorios y medicación ([tabla 4](#)).

Tabla 2 Recomendaciones relativas a procesos diagnósticos

Año	Título	Fuente	Institución
2016	Usar una TAC de cuerpo completo en adultos con traumatismo mayor cerrado y sospecha de lesiones múltiples	https://www.nice.org.uk/donotdo/patients-should-not-be-repositioned-during-whole-body-ct	NICE
2014	Evitar el uso de la TAC diagnóstica de cuerpo completo en pacientes con traumatismos menores o localizados	http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-surgeons-whole-body-ct-scans/	<i>Choosing Wisely-American College of Surgeons</i>
2016	No se recomienda la ecografía para investigar la presencia de hernia inguinal clínicamente observable ni como una justificación para la reparación de hernias que no presentan síntomas clínicos	http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/general-surgery/ http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racs	<i>Choosing Wisely Canada</i> <i>Choosing Wisely-RACS</i>
2016	No se recomienda la TAC para valorar la sospecha de apendicitis aguda en niños y adultos jóvenes hasta que no se haya considerado como opción después de la ecografía abdominal	http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racs	<i>Choosing Wisely-RACS</i>
2016	No hacer radiografía simple de abdomen en caso de dolor abdominal agudo, salvo que exista sospecha de obstrucción intestinal o perforación de víscera hueca	http://e-documentossemfyc.es/15-recomendaciones-de-no-hacer-en-urgencias/	SEMFyC
2016	No se recomienda el uso del enema opaco de bario como diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer colorrectal	http://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/radiografia_dolor_abdominal	<i>Essencial (AQuAS)</i>
2012	No se recomienda realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes con pancreatitis aguda biliar sin colangitis	http://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/Enema_colon_diseases_May2016	<i>Essencial(AQuAS)-</i>
2015	No solicitar la determinación de enzimas pancreáticas en personas sin sospecha de enfermedad pancreática aguda y, en caso de sospecha de pancreatitis aguda, no pedir las medidas asociadas de amilasa y lipasa	https://www.mja.com.au/journal/2012/197/10/over-150-potentially-low-value-health-care-practices-australian-study	<i>CMF for the Australia's MBS</i>
2016	No realizar gammagrafía de paratiroides con SPECT-TAC para localización de adenomas paratiroides en pacientes sin diagnóstico bioquímico de hiperparatiroidismo ni en pacientes no candidatos a cirugía	http://www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ENGGracc/Scheda%20SIBioC%20english.pdf http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_Medicina_Nuclear_Imagen_Molecular.pdf	<i>Choosing Wisely-SIBIOC</i> MSSSI-Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular

AQuAS: Grupo de Trabajo Urgencias y Atención Continuada de *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya*; CMF: *Comprehensive Management Framework*; MBS: *Medicare Benefits Schedule*; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; NICE: *The National Institute for Health and Care Excellence*; RACS: *Royal Australasian College of Surgeons*; SEMFyC: *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*; SIBIOC: *Italian Society of Clinical Biochemistry and Clinical Molecular Biology*.

Discusión

Mejorar la calidad asistencial debe ser un objetivo prioritario y permanente del profesional sanitario, buscando y definiendo las mejores prácticas asistenciales con los recursos disponibles. Realizar una elección de las prácticas que aporten beneficios clínicos a los pacientes y descartar del ejercicio de la clínica aquellas catalogadas como de

bajo valor es necesario para cumplir con el principio hipocrático de «lo primero es no hacer daño», con el cual todos los profesionales de la salud están comprometidos. En las bases de datos aparecen muchas recomendaciones, pero cuando se profundiza en su análisis se detectan muchas basadas en los resultados de un único estudio y para las cuales no se han realizado revisiones sistemáticas. En este estudio se describe, con una metodología estandarizada,

Tabla 3 Recomendaciones relativas a procedimientos y técnica quirúrgica

Año	Título	Fuente	Institución
2011	No se recomienda la cirugía bariátrica para la esteatohepatitis no alcohólica en pacientes obesos	http://www.nice.org.uk/savingsandproductivityandlocalpracticeresource?ci=http%3A%2F%2Farms.evidence.nhs.uk%2Fresources%2FQIPP%2F29435%3Fniceorg%3Dtrue	NICE
2015	Evitar una cirugía abierta para procedimientos quirúrgicos bariátricos primarios que se pueden realizar mediante abordaje con laparoscopia	http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-metabolic-bariatric-surgery-laparoscopy-for-bariatric-surgical-procedures/	Choosing Wisely-ASMBS
2015	No extirpar de forma rutinaria la vesícula biliar a menos que esté clínicamente indicado	http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-metabolic-bariatric-surgery-routine-gallbladder-removal/	Choosing Wisely-ASMBS
2011	Recomentaciones respecto a la preparación mecánica del intestino para la colecistectomía laparoscópica	https://www.nice.org.uk/savingsandproductivityandlocalpracticeresource?ci=http%3a%2f%2farms.evidence.nhs.uk%2fresources%2fQIPP%2f29489%2fattachment%3fniceorg%3dtrue	NICE
2015	Ante una fisura anal, no se recomienda realizar dilatación anal manual ya que presenta un mayor riesgo de persistencia de fisura que la esfinterotomía interna y un considerablemente mayor riesgo de incontinencia fecal	https://www.nice.org.uk/savingsandproductivityandlocalpracticeresource?ci=http%3A%2F%2Farms.evidence.nhs.uk%2Fresources%2FQIPP%2F1046296%3Fniceorg%3Dtrue	NICE
2012	No se recomienda realizar un estoma desfuncionalizante temporal en pacientes a los que se les practica reparación del esfínter anal	https://www.mja.com.au/journal/2012/197/10/over-150-potentially-low-value-health-care-practices-australian-study	CMF for the Australia's MBS
		https://www.nice.org.uk/donotdo/people-undergoing-anal-sphincter-repair-should-not-routinely-receive-a-temporary-defunctioning-stoma	NICE
2014	Evitar la reparación de hernia inguinal ante mínimos síntomas, en especial en pacientes con comorbilidades. Ofrecer en estos casos la opción de vigilar clínicamente hasta un máximo de 2 años	http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/general-surgery/	Choosing Wisely-Canadian Association of General Surgeons
		http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racs	Choosing Wisely-RACS
2011	No se recomienda la preparación mecánica del intestino para la cirugía colorrectal electiva para la disminución del riesgo de infección	http://www.nice.org.uk/savingsandproductivityandlocalpracticeresource?ci=http%3A%2F%2Farms.evidence.nhs.uk%2Fresources%2FQIPP%2F29486%3Fniceorg%3Dtrue	NICE
		https://www.nice.org.uk/donotdo/donot-use-mechanical-bowel-preparation-routinely-to-reduce-the-risk-of-surgical-site-infection	NICE
2014	No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar un estudio diagnóstico y un tratamiento adecuados	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal.ssc.htm	Sociedades científicas españolas-MSSSI
2012	Ante un estreñimiento grave o impactación fecal, no realizar una evacuación manual del intestino con anestesia, a menos que no haya funcionado el tratamiento óptimo con medicamentos orales y rectales	https://www.nice.org.uk/donotdo/donot-perform-manual-evacuation-of-the-bowel-under-anaesthesia-unless-optimum-treatment-with-oral-and-rectal-medications-has-failed	NICE

ASMBS: American Society for Metabolic & Bariatric Surgery; CMF: Comprehensive Management Framework; MBS: Medicare Benefits Schedule; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; NICE: The National Institute for Health and Care Excellence; RACS: Royal Australasian College of Surgeons.

Tabla 4 Recomendaciones relativas a cuidados perioperatorios y medicación

Año	Título	Fuente	Institución
2013	No realizar cirugía abdominal mayor o cirugía torácica sin una vía o protocolo estándar para el control del dolor postoperatorio y para la prevención de la neumonía	http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/coc-abdominal-or-thoracic-surgery-without-pathway-or-protocol-for-post-op-pain-control/	<i>Choosing Wisely-Commission on Cancer</i>
2011	No se recomienda una sola dosis de codeína oral, como agente único, para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio en adultos	http://www.nice.org.uk/savingsandproductivityandlocalpracticeresource?ci=http%3A%2F%2Farms.evidence.nhs.uk%2Fresources%2FQIPP%2F29523%3Fniceorg%3Dtrue	NICE
2012	No utilizar el factor VIIa recombinante durante la reanimación y el tratamiento inicial en pacientes con hemorragia aguda digestiva alta, salvo cuando los demás métodos hayan fallado	https://www.nice.org.uk/donotdo/resuscitation-and-initial-management-do-not-use-recombinant-factor-vlla-except-when-all-other-methods-have-failed	NICE
2016	No se recomienda mezclar los medicamentos en los alimentos para administrar a pacientes con disfagia y/o sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea si no se indica específicamente	http://www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ENGracc/Scheda%20ANIMO%20engl.pdf	<i>Choosing Wisely-ANIMO</i>
2013	Se recomienda la utilización de la terapia de presión negativa en heridas de difícil manejo en el contexto de una estricta protocolización y evaluación prospectiva de resultados	http://www.dianasalud.com/docs/MAPACTerapiaPresNegativa.pdf	<i>Comissió de Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC). Hospital de Sant Pau</i>
2012	No se debe administrar astringentes en el periodo postoperatorio a personas que se hayan sometido a una reparación de esfínter anal	https://www.nice.org.uk/donotdo/people-undergoing-anal-sphincter-repair-should-not-receive-constipating-agents-in-the-postoperative-period-and-should-be-allowed-to-eat-and-drink-as-soon-as-they-feel-able-to	NICE
2014	No indicar antibioterapia postoperatoria en apendicitis aguda no complicada	http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ASOCIACION_ESP_CIRUJANOS_0K.pdf	Sociedades científicas españolas-MSSSI
2014	No mantener sistemáticamente un sondaje vesical más de 48 h tras cirugía gastrointestinal excepto necesidad clínica	http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm	Sociedades científicas españolas-MSSSI
2015	No se recomienda utilizar la unidad de cuidados intensivos de forma rutinaria para la monitorización postoperatoria a pacientes sometidos a cirugía bariátrica	http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-metabolic-bariatric-surgery-postoperative-monitoring-in-the-icu/	<i>Choosing Wisely-ASMBS</i>
2016	No se recomienda utilizar la espirometría de incentivo de forma rutinaria después de una intervención quirúrgica del abdomen superior o cirugía cardíaca	http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/apa	<i>Choosing Wisely-The Australian Physiotherapy Association</i>

ANIMO: *Italian Association of Hospital Medicine Nurses*; ASMBS: *American Society for Metabolic & Bariatric Surgery*; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; NICE: *The National Institute for Health and Care Excellence*.

cómo detectar áreas de mejora mediante la identificación de prácticas de alto valor clínico. La base de datos que se consultó en la primera fase contenía mucha información, por lo que discriminar las recomendaciones que se adecuarían al servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

representó un trabajo coordinado de gestión entre diversos profesionales de la salud. Cada una de las 25 iniciativas que proponían las recomendaciones se sustentaban en diversos métodos como son: revisión sistemática, consenso de expertos, investigación de riesgo vs. beneficio. Según

este criterio, la mayoría de las recomendaciones finalmente seleccionadas provenían de las siguientes fuentes: *Choosing Wisely*, *Essential*, *The National Institute for Health and Care Excellence*, *semFYC*, *Medical Journal of Australia* y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Un elemento importante en la continuidad de la gestión implementada es la supervisión y realización de ciclos de mejora en caso de ser necesarios, ya que existen riesgos de falta de apego por parte del personal asistencial. En registros de estudios realizados en hospitales de EE. UU. se encontró que los participantes recibieron aproximadamente la mitad de los beneficios y recomendaciones que debían recibir durante la atención¹⁴.

Medir los efectos futuros de esta implementación facilitará evidencias tangibles que permitirán analizar su efectividad y asociación del cambio realizado. Por ejemplo, en un estudio de cohorte prospectivo se demostró que la buena práctica del cumplimiento de la profilaxis antibiótica fue alta y no se encontró relación entre el cumplimiento de la profilaxis y la incidencia de infección del sitio quirúrgico¹⁵.

Así mismo, este tipo de intervenciones abre un abanico de posibilidades para desarrollar proyectos de mejora concretos y realizar estudios dentro del campo clínico, con los cuales se pueden realizar comparaciones con otros centros o con datos históricos. El personal de un hospital de Arabia Saudí, motivado por una alta incidencia de infecciones del sitio quirúrgico, realizó un proyecto de mejora basado en estudios previos que mencionaban la inclusión de profilaxis antibiótica quirúrgica como práctica que aportaba mayores beneficios que riesgos a los pacientes. Esta implementación de buena práctica consiguió una reducción de la tasa de infección del sitio quirúrgico¹⁶.

Es necesario adherirse a las recomendaciones que dictaminan qué prácticas no otorgan valor, ya que el evitarlas ayuda a reducir gastos en el hospital y disminuye la exposición del paciente a riesgos innecesarios, como se comprobó en un estudio realizado sobre el sobreuso de radiografías simples de abdomen para valorar el diagnóstico de abdomen agudo, que demostró que solo en el 6% de los casos cambió el diagnóstico y manejo terapéutico sospechado¹⁷.

En 2016 la Asociación Española de Cirujanos analizó 26 prácticas de poco valor con 22 cirujanos expertos mediante técnica de Delphi, identificando las siguientes 5 prácticas de poco valor¹²: 1) no realizar colecistectomía en pacientes con coledocistitis asintomática; 2) no mantener sondaje vesical más de 48 h; 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, y 5) no emplear tratamiento antibiótico postoperatorio tras apendicitis no complicada. Desgraciadamente, a pesar de que el estudio fue publicado hace 3 años, es probable que alguna de estas prácticas todavía esté arraigada en la práctica clínica diaria.

Este trabajo sentó las bases metodológicas de adecuación de la práctica clínica en el hospital en Cirugía General y del Aparato Digestivo, y será utilizado para el resto de especialidades para mejorar la calidad y seguridad asistencial.

Sin embargo, el estudio presenta algunas limitaciones. Entre ellas, el hecho de que sea únicamente la fase de revisión de las prácticas de poco valor, sin una fase de implementación en el hospital, y también la valoración realizada

por cirujanos con experiencia con una metodología cualitativa no validada.

A pesar de ello pensamos que la difusión de estas medidas representa un cambio de cultura, donde los jefes de servicio tendrán la oportunidad de demostrar su liderazgo al brindar las herramientas necesarias, el respaldo y la capacitación a su personal para lograr el objetivo de mejora. Todo ello se enmarca en una actuación para la mejora de la adecuación, en la que se constituirá una Comisión para la Mejora de la Práctica Clínica multidisciplinar, que decidirá qué iniciativas transversales a las diferentes especialidades se implantarán y evaluarán.

En conclusión, realizar las prácticas clínicas adecuadas permite asegurar la mejora de la calidad asistencial y aumentar la cultura de la calidad mediante la participación del personal operativo en tareas de gestión clínica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Varela J. Avances en gestión clínica: Right Care: cuestión de actitud. 2017 [consultado 4 Sep 2018] Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2017/02/right-care-cuestion-de-actitud.html>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. 2013 [consultado 4 Sep 2018] Disponible en: <http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal.sccc.htm>
- ABIM Foundation. Choosing Wisely Initiative [Internet]. Choosing Wisely; 2014 [consultado 12 Sep 2018]. Disponible en: <http://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>
- NICE. Developing NICE guidelines: the manual [Internet]. Reino Unido: NICE; 2017 [consultado 12 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction-and-overview#information-about-this-manual>
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Qué es Essencial. Más calidad, mejor atención sanitaria; 2013 [consultado 4 Sep 2018]. Disponible en: http://essentialsalut.gencat.cat/es/que_es_essencial/index.html
- Parchman ML, Henrikson NB, Blasi PR, Buist DS, Penfold R, Austin B, et al. Taking action on overuse: Creating the culture for change. *Healthcare*. 2017;5:199–203, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.10.005>.
- Malik HT, Marti J, Darzi A, Mossialos E. Savings from reducing low-value general surgical interventions. *Br J Surg*. 2018;105:13–25, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.10719>.
- Black N. Research, Audit, and Education. *BMJ*. 1992;304:698–700.
- Lloret PO, Cuellar KA, Pintos Martínez S, Lozano Cortell N, Rico PM. Right care: de vuelta al ancestral *primum non nocere*. *Rev Clin Esp*. 2015;215:43.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre cuidados perioperatorios en cirugía mayor abdominal. Instituto Aragonés de Ciencias la Salud; 2016 [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/CMA/completa/apartado00/autoria.html>
- Del-Moral-Luque JA, Colás-Ruiz E, Gil-Yonte P, Fernández-Cebrián JM, Villardel-Campo MC, Delgado-Iribarren A, et al. Assessment of antibiotic prophylaxis adequacy in rectal surgery. *Rev Esp Quim*. 2017;30:14–8.
- Soria-Aledo V, Romero Simó M, Balibrea JM, Badia JM. Recommendations of "Not-to-Do": Proposals of the Spanish

- Association of Surgeons to the Project ‘‘Commitment to quality of scientific societies’’. *Cir Esp (English Ed.)*. 2016;94:453–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2016.09.010>.
13. Bonfill X, Osorio D, Solà I, Pijoan JI, Balasso V, Quintana MJ, et al. DianaHealth.com, an On-Line Database Containing Appraisals of the Clinical Value and Appropriateness of Healthcare Interventions: Database Development and Retrospective Analysis. *PLoS One*. 2016;11:10, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0147943>.
 14. William Martínez J. El acto médico y la generación de valor en la prestación de servicios de salud. *Rev Méd Risaralda*. 2016;22:1–2.
 15. Sánchez-Santana T, del-Moral-Luque JA, Gil-Yonte P, Bañuelos-Andrío L, Durán-Poveda M, Rodríguez-Caravaca G. Efecto de la adecuación a protocolo de la profilaxis antibiótica en la incidencia de infección quirúrgica en apendicectomías. Estudio de cohortes prospectivo. *Cir Cir*. 2017;85:208–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.09.004>.
 16. Kilan R, Moran D, Eid I, Okeahialam C, Quinn C, Binsaddiq W, et al. Improving antibiotic prophylaxis in gastrointestinal surgery patients: A quality improvement project. *Ann Med Surg*. 2017;20:6–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2017.06.018>.
 17. Feyler S, Williamson V, King D. Plain abdominal radiographs in acute medical emergencies: an abused investigation? *Postgrad Med J*. 2002;78:94–6, <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.78.916.94>.