



ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones de No hacer en rehabilitación y medicina física desde distintos ámbitos de intervención



C. Colomer Font^{a,*}, M.J. Lillo Gonzalez^b, L. Lopez de Munain Marques^c, J. Formigo Couceiro^d, M.E. Martínez Rodríguez^{e,f}, B. Alonso Álvarez^{e,f}, M.P. Sanz Ayán^{g,h}, M.E. Santandreu Jimenez^{i,j}, R. Martin Mourelle^k, V. Pujol Blaya^{l,m}, C. de Miguel Benadiba^{e,f}, P. Sanchez Tarifaⁿ y H. Bascuñana Ambrós^{m,o}

^a IRENEA-Instituto de Neurorehabilitación-Hospitales Vithas, Valencia, España

^b Hospital FREMAP Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^c Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^d Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España

^e Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^f Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^g Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^h Universidad Complutense, Madrid, España

ⁱ Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España

^j Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^k Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^l Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^m Universidad Autónoma, Barcelona, España

ⁿ Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, España

^o Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

Recibido el 5 de junio de 2024; aceptado el 26 de septiembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Recomendaciones No hacer;
Sobremedicalización;
Asistencia de bajo valor;
Prevención cuaternaria;
Rehabilitación y Medicina Física

Resumen

Introducción y objetivo: Es frecuente el desempeño de prácticas médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que no han demostrado ser eficaces y que no aportan valor a la asistencia sanitaria. En este documento se exponen un listado de recomendaciones de «No hacer» en el ejercicio de la Rehabilitación y la Medicina Física.

Material y método: Para el desarrollo del presente proyecto, coordinado desde la Vocalía de Sociedades Filiales, Sociedades Autonómicas y Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Rehabilitación (SERMEF), se solicitan recomendaciones específicas a Grupos de Trabajo y Sociedades Filiales de cada ámbito concreto de la Rehabilitación, como expertos en las correspondientes áreas de intervención. Se procede a la selección conjunta de un máximo de tres recomendaciones por ámbito de superespecialización.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.colomer@irenea.es (C. Colomer Font).

Resultados: Se recogen recomendaciones de «No hacer» de SENR/SERDACE/NRN (Sociedad Española de Neurorrehabilitación/Sociedad Española de Rehabilitación en Daño Cerebral/Grupo de Trabajo Neurorrehabilitación Norte), SORECAR (Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria), ArtroReha (Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Artrosis), GTRVEST (Grupo de Trabajo de Rehabilitación Vestibular), GTLINF (Grupo de Trabajo de Rehabilitación de Linfedema), GTRO (Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Osteoporosis), Rehabilitación Parálisis Facial. De una total de 35 recomendaciones, apoyadas en la evidencia científica y la experiencia médica, se han seleccionado 18. Los criterios de selección pasan por la relevancia, pragmatismo y concreción de las recomendaciones. Cada recomendación se acompaña de un texto que aclara y/o desarrolla la afirmación.

Conclusiones: Este proyecto plasma una serie de recomendaciones, por parte de expertos médicos rehabilitadores, de actuaciones para no desempeñar en la actividad asistencial. Desde SERMEF se ofrece un listado de recomendaciones de «No hacer en Rehabilitación y Medicina Física», avalado por la evidencia científica y la experiencia clínica.

© 2024 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS

Not to do
recommendations;
Overmedicalization;
Low value care;
Quaternary
prevention;
Rehabilitation and
Physical Medicine

Recommendations Not to do in rehabilitation and physical medicine: a compilation from different fields of intervention

Abstract

Introduction and objective: Certain medical practices, both diagnostic and therapeutic, that have not been proven to be effective and do not add value to healthcare, are not uncommon. The aim of this document is to provide a list of «Not to do» recommendations in the medical specialty of Physical Medicine and Rehabilitation.

Material and method: For the development of this project, which is coordinated by the *Vocalía de Sociedades Filiales, Sociedades Autonómicas y Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Rehabilitación (SERMEF)*, specific recommendations are requested from *Grupos de Trabajo* and *Sociedades Filiales* of each specific field of Physical Medicine and Rehabilitation, as experts in the corresponding intervention areas. A maximum of three recommendations per sub-specialty area are selected.

Results: Recommendations «Not to do» are collected from SENR/SERDACE/NRN (*Sociedad Española de Neurorrehabilitación/Sociedad Española de Rehabilitación en Daño Cerebral/Grupo de Trabajo Neurorrehabilitación Norte*), SORECAR (*Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria*), ArtroReha (*Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Artrosis*), GTRVEST (*Grupo de Trabajo de Rehabilitación Vestibular*), GTLINF (*Grupo de Trabajo de Rehabilitación de Linfedema*), GTRO (*Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Osteoporosis*), Rehabilitación Parálisis Facial. Out of a total of 35 recommendations, supported by scientific evidence and medical experience, 18 have been selected. The selection criteria are based on the relevance, pragmatism and specificity of the recommendations. Each recommendation is accompanied by a text that clarifies and/or develops the statement.

Conclusions: This project includes a series of recommendations, by expert rehabilitation physicians, of actions not to be performed while delivering medical assistance. SERMEF offers a list of recommendations «Not to do in Rehabilitation and Physical Medicine», supported by scientific evidence and clinical experience.

© 2024 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Los términos «sobrediagnóstico» (*overdiagnosis*), «sobreuso» (*overuse*), «sobremedicalización» (*overmedicalization*) y «asistencia de bajo valor» (*low value care*)

representan los abordajes médicos cuyo perjuicio potencial supera el beneficio potencial^{1,2}. Podemos encontrar abundante evidencia sobre abordajes diagnósticos y terapéuticos en distintos ámbitos de la medicina que no aportan un valor añadido significativo al paciente, pueden suponer un alto

coste al sistema y someten al enfermo a asumir el riesgo de efectos secundarios indeseables^{3,4}. La identificación y la reducción de estas prácticas que no han demostrado eficacia, que tienen escasa o dudosa efectividad, o que no son coste-efectivas, es una medida de eficiencia que no tiene repercusión negativa en la calidad asistencial ni en los resultados de salud⁴.

A nivel individual, 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. A nivel colectivo, uno de los compromisos y obligaciones de las sociedades profesionales es orientar a las autoridades sanitarias, y a la población en general, acerca de cómo mejorar la atención sanitaria⁴. En este contexto han surgido iniciativas como *Choosing Wisely*, del *American Board of Internal Medicine*, que trata de mejorar la eficiencia global del sistema sanitario en Estados Unidos^{1,3-5}. El movimiento *Less is More Medicine* ha estudiado de forma sistemática el sobreuso de determinadas prácticas médicas^{1,3}. Respecto a Europa, el *National Institute for Health Care and Excellence* (NICE) recopila una serie de prácticas que no aportan valor, o cuyos beneficios son inferiores a los riesgos, y los denominan «recomendaciones de no hacer» (DNDs)⁶. En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó un proyecto propuesto para reducir las actividades con bajo valor en España, 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 «Guía Salud» y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)⁴.

Como en otras especialidades, en la práctica de la Medicina Física y Rehabilitación es común la solicitud de pruebas diagnósticas o el empleo de abordajes terapéuticos que han demostrado no ser eficaces en la resolución de determinados procesos y que únicamente contribuyen a la ineficacia del sistema. Es responsabilidad de nuestra sociedad científica, la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), identificar, consensuar y priorizar las más importantes recomendaciones de «No hacer», así como difundirlas entre los profesionales y los pacientes⁷.

Material y métodos

Para la redacción y recopilación de las recomendaciones de «No hacer» en Rehabilitación y Medicina Física, y en aras de una mayor precisión y un mayor valor pragmático, desde la Vocalía de Sociedades Filiales y Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) se han solicitado dichas recomendaciones a los distintos Grupos de Trabajo/Sociedades Filiales SERMEF, como expertos en determinadas áreas o superespecializaciones de la especialidad médica de Rehabilitación. Se muestran las recomendaciones desde SORECAR (Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria),

SENR/SERDACE/NRN (Sociedad Española de Neurorehabilitación/Sociedad Española de Rehabilitación en Daño Cerebral/Grupo de Trabajo Neurorehabilitación Norte), GTLINF (Grupo de Trabajo de Rehabilitación de Linfedema), GTRVEST (Grupo de Trabajo de Rehabilitación Vestibular), ArtroReha (Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Artrosis), GTRO (Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Osteoporosis) y Grupo de Trabajo de Rehabilitación en Parálisis Facial. En el presente documento, se han seleccionado un máximo de tres recomendaciones de «No hacer» por grupo de expertos de cada una de las superespecializaciones incluidas, de formato y contenido específico y directo, para aportar un listado conciso, concreto y práctico. Se agrega un texto razonando o desarrollando cada recomendación, y se aportan citas bibliográficas que la avalen desde el punto de vista científico, en aras de aportar claridad y garantizar la solidez clínica de cada afirmación. El grupo de expertos en cada caso revisa de nuevo la selección tras la selección y determina su idoneidad (fig. 1).

En este documento incluimos un total 18 de recomendaciones, de 35 iniciales. Cabe reseñar que, al ser la Rehabilitación y Medicina Física una especialidad médica tan transversal, son numerosos los grupos de trabajo y sociedades filiales que dedican el trabajo a áreas de superespecialización, aparte de los que exponen las recomendaciones de «No hacer» en el presente texto. Muchos participan y colaboran en la difusión de dichas recomendaciones en otros documentos y/o plataformas.

Resultados

Desde los grupos de expertos en Rehabilitación de Daño Cerebral/Neurorehabilitación (SENR/SERDACE/NRN) recomiendan no indicar movilización precoz de alta intensidad en las primeras 24 horas después del ictus, en base a las publicaciones que sugieren que la rehabilitación motora intensiva en las primeras horas de la etapa hiperaguda se ha relacionado con una menor probabilidad de evolución favorable a los tres meses. Por otra parte, se desestima el empleo de poleas para la movilización del hombro en pacientes con hemiplejía. La tercera recomendación es la de no prescribir de forma rutinaria ortesis/férulas posturales nocturnas de mano y muñeca para el abordaje del dolor o mejorar el rango de movimiento, puesto que carecen de eficacia significativa en la función, en la espasticidad, en el dolor o en el rango de movimiento al aplicarlas de forma rutinaria.

El grupo de trabajo experto en la rehabilitación del linfedema establece que no se recomienda el uso sistemático de compresión profiláctica en los viajes de avión en las pacientes con riesgo de desarrollarlo, habiéndose demostrado que los viajes en avión son un medio de transporte seguro en pacientes linfadenectomizadas, respecto a la aparición del linfedema de la extremidad superior. La segunda recomendación por su parte es la de no aconsejar sistemáticamente el drenaje linfático manual como método de prevención del linfedema tras cirugía por cáncer de mama.

Respecto a la rehabilitación vestibular, el grupo de trabajo correspondiente recomienda no realizar diagnóstico de «vértigo cervical» o «cervicogénico» sin descartar todas las posibles causas de patología vestibular, basándose en

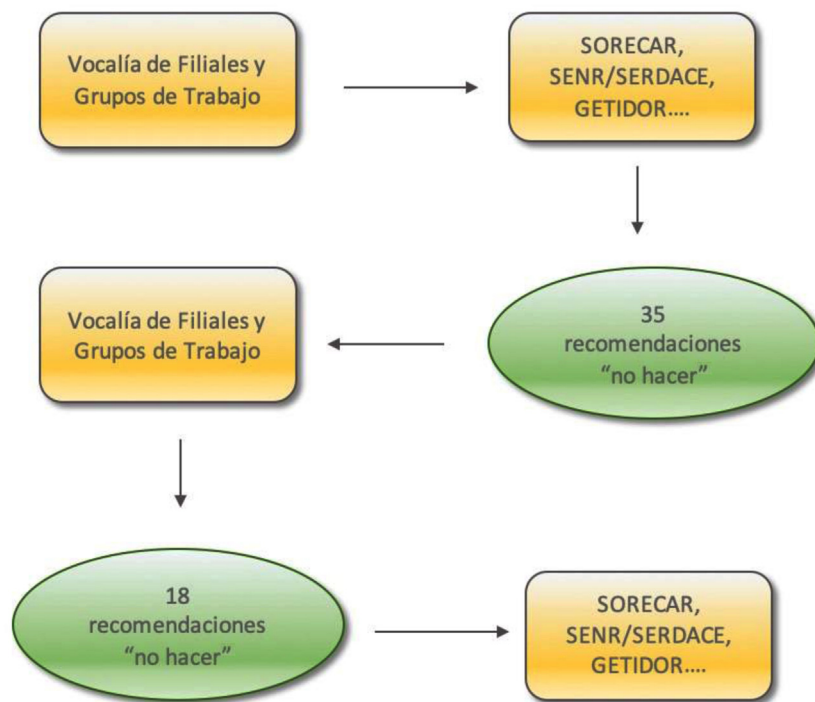


Figura 1 Proceso de recopilación y selección de las recomendaciones «No hacer».

el posicionamiento de la Sociedad Barany al respecto. Propone los programas individualizados y supervisados, frente a programas de rehabilitación vestibular estandarizados. Recomienda a su vez no prescribir sedantes vestibulares durante un tiempo prolongado a pacientes afectados de mareo/vértigo, ya que se ha demostrado que carecen de efecto más allá de la fase aguda (4-5 días) y dificultan la compensación vestibular.

Desde SORECAR establecen la indicación, por una parte, de no hacer de forma rutinaria fisioterapia respiratoria en los pacientes adultos con neumonía, ya que no existe evidencia de que esta disminuya la mortalidad ni de que produzca una curación más rápida al comparar con placebo; y, por la otra, de no hacer fisioterapia respiratoria sistemáticamente a todos los pacientes con patología respiratoria o con riesgo de padecerla, sino de prescribirla siempre en base a una valoración individualizada, con unos objetivos concretos. Respecto a la rehabilitación cardíaca, recomiendan no pautar ejercicio físico cardíaco específico antes de los tres meses tras el implante de un desfibrilador automático implantable (DAI), ni pautarlo a intensidades de frecuencias cardíacas más allá de 10 a 15 latidos por minuto por debajo del umbral de descarga del DAI, a menos que el dispositivo tenga una discriminación de arritmia adecuada que se pueda aclarar con el equipo de cardiología. Y especifican al respecto que los ejercicios de rehabilitación cardíaca son beneficiosos en portadores de DAI siempre que se espere tres meses desde su implante para lograr la estabilidad del paciente y que se respete la frecuencia cardíaca de descarga.

En referencia a la rehabilitación de pacientes con artrosis, ArthroReha recomienda no prescribir pruebas de imagen de manera rutinaria para el diagnóstico, para el seguimiento o para guiar el manejo no quirúrgico de la artrosis.

Se recomienda no indicar ejercicios en masa, poco específicos en la rehabilitación de la parálisis facial, puesto que pueden favorecer la aparición de patrones anormales de movimiento. También, desde el grupo de trabajo de rehabilitación en parálisis facial, recomiendan no solicitar estudios electrofisiológicos en las parálisis faciales tipo Bell incompletas, y no solicitar estudios de conducción motora antes del tercer día de la lesión del nervio acial para valorar el pronóstico de recuperación funcional, también en parálisis de Bell.

El grupo de trabajo de rehabilitación en osteoporosis recomienda no tratar esta afección únicamente con tratamiento farmacológico, no iniciar tratamiento con antirresortivos u osteoformadores basándose solo en la densitometría, y no interrumpir un tratamiento con denosumab sin poner un bifosfonato posterior.

Estas recomendaciones se recogen en la [tabla 1](#).

Discusión y conclusiones

En este trabajo se recopilan una serie de recomendaciones de «No hacer» en distintos ámbitos de la Medicina Física y Rehabilitación ([tabla 1](#)). El objetivo de este proyecto es análogo al de movimientos como *Choosing Wisely, Less is More Medicine* o el «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España»^{1,4,5,24}, y se engloba dentro del propósito de alcanzar una mayor eficacia y eficiencia en el ejercicio de la medicina. Este objetivo pasa por la identificación de prácticas que no han demostrado eficacia, o no son coste-efectivas, pero que se ha observado que se llevan a cabo habitualmente, por desconocimiento, por inercia asistencial o por otros motivos.

Tabla 1 Recomendaciones «No hacer» en Rehabilitación**SENR/SERDACE/NRN (Sociedad Española de Neurorrehabilitación/Sociedad Española de Daño Cerebral/GT Neuro-Rehabilitación Norte)**

No indicar movilización precoz de alta intensidad en las primeras 24 horas después del ictus⁸

Según las guías de práctica clínica se ha determinado que una rehabilitación motora en las primeras 24 horas de la etapa hiperaguda puede reducir la probabilidad de evolución favorable a los 3 meses del daño

No emplear poleas para movilización de hombro en pacientes con hemiplejía⁹

El uso de poleas puede provocar dolor de hombro en pacientes con hemiplejía, y se debe evitar. Es preferible emplear ejercicios y actividades suaves para aumentar el rango de movimiento

No se recomienda el empleo rutinario de ortesis/férulas posturales nocturnas de mano y muñeca en todos los pacientes para el abordaje del dolor o mejorar el rango de movimiento⁸

Las ortesis de mano y muñeca nocturnas como parte de la práctica rutinaria no tienen eficacia significativa en la función, la espasticidad, el dolor o el rango de movimiento

GT LINF Rehabilitación de Linfedema

No aconsejar sistemáticamente el drenaje linfático manual como método de prevención del linfedema tras cirugía por cáncer de mama¹⁰

El tratamiento fisioterápico con drenaje linfático manual no ha demostrado evidencia en la reducción de aparición de linfedema en las pacientes intervenidas por cáncer de mama con factores de riesgo ni a corto (6 meses) ni a largo plazo (5 años)

No se recomienda el uso sistemático de compresión profiláctica en los viajes de avión en las pacientes con riesgo de desarrollar linfedema¹¹

La prescripción sistemática de prendas de compresión profiláctica de la extremidad superior en pacientes con riesgo de desarrollar linfedema secundario a cáncer de mama no ha demostrado ser una medida eficaz de prevención del linfedema. Los viajes en avión se han mostrado un medio de transporte seguros en pacientes linfadenectomizadas respecto a la aparición del linfedema de la extremidad superior independientemente del número y la duración de los mismos

GTRVEST Rehabilitación Vestibular

No prescribir sedantes vestibulares (anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepinas) durante tiempo prolongado a pacientes afectados de mareo/vértigo¹²

Los sedantes vestibulares no deben prescribirse más allá de la fase aguda (4-5 días), ya que no tienen efecto demostrado y dificultan la rehabilitación (compensación) vestibular

No realizar diagnóstico de «vértigo cervical» o «cervicogénico» sin descartar todas las posibles causas de patología vestibular¹³

La Sociedad Barany se ha posicionado en contra de la relación causal entre vértigo y cervicología, admitiendo la frecuente interconexión de síntomas vestibulares y cervicología, especialmente en pacientes con migraña vestibular

No basar el programa de rehabilitación vestibular en folletos con programas de ejercicios estandarizados¹⁴

Existe un nivel de evidencia I, con recomendación fuerte, para ofrecer a los pacientes con hipofunción vestibular, en fase aguda y crónica, programas individualizados con supervisión de distintos grados (incluso telefónica o telemática) que se adapten periódicamente al momento evolutivo, ya que son más eficaces y la adherencia es superior a los programas estandarizados, especialmente en mayores de 50 años

SORECAR Sociedad de Rehabilitación Cardiorrespiratoria

No hacer de forma rutinaria fisioterapia respiratoria en los pacientes adultos con neumonía¹⁵

No existe evidencia de que la fisioterapia respiratoria disminuya la mortalidad, ni que produzca una curación más rápida al comparar con placebo, en pacientes adultos con neumonía

No hacer fisioterapia respiratoria sistemáticamente a todos los pacientes con patología respiratoria o con riesgo de padecerla¹⁶

Las técnicas de fisioterapia respiratoria pueden indicarse en diversos problemas respiratorios, pero siempre en dependencia de unos objetivos concretos y tras la valoración individualizada de cada paciente

No pautar ejercicio físico, cardíaco específico antes de los tres meses tras el implante de un desfibrilador automático implantable (DAI). No pautar el ejercicio a intensidades de frecuencias cardíacas más allá de 10 a 15 latidos por minuto por debajo del umbral de descarga del DAI, a menos que el dispositivo tenga una discriminación de arritmia adecuada que se pueda aclarar con el equipo de cardiología¹⁷

Los ejercicios de RHB cardíaca son beneficiosos en portadores de DAI siempre que se espere 3 meses desde su implante para lograr la estabilidad del paciente y que se respete la frecuencia cardíaca de descarga

Tabla 1 (continuación)

ArthroReha Rehabilitación de Artrosis

No prescribir pruebas de imagen de manera rutinaria para el diagnóstico, seguimiento o para guiar el manejo no quirúrgico de la artrosis¹⁸

La artrosis generalmente se diagnostica mediante evaluación clínica, basada en los síntomas y el examen físico del paciente. Una prueba de imagen, como la RM, no suele ser necesaria para confirmar un diagnóstico de artrosis, especialmente en las etapas iniciales. Solo se recomienda en una progresión rápida inesperada de los síntomas o un cambio de las características clínicas, que sugieran otro diagnóstico

Grupo de Trabajo de Rehabilitación de Parálisis Facial

No indicar ejercicios en masa, poco específicos y no individualizados (como comer chicle, o inflar globos)¹⁹

Se favorece la aparición de patrones anormales de movimiento

No solicitar estudio de conducción motora antes del tercer día de la lesión del nervio facial si queremos valorar el pronóstico de recuperación funcional en la parálisis de Bell²⁰

Si la lesión del nervio facial se encuentra en el segmento intratemporal, como ocurre en las parálisis de Bell, se necesitan aproximadamente 72 horas antes de que la degeneración walleriana alcance el segmento extratemporal distal al agujero estilomastoideo. Si se evalúa a un paciente con parálisis facial antes de que hayan transcurrido 3 días del inicio de los síntomas, la degeneración walleriana no habrá comenzado y la electroneurografía puede mostrar resultados normales

No se recomienda realizar estudio electrofisiológico en las parálisis faciales tipo Bell incompletas debido a la alta probabilidad de recuperación completa²¹

La mayor parte de pacientes con parálisis facial de Bell tienen una probabilidad de recuperación completa muy elevada (desde aproximadamente el 70% sin tratamiento y hasta el 94% con tratamiento corticoideo). Esta probabilidad es aún mayor si la parálisis es incompleta. En las parálisis incompletas el estudio electrofisiológico objetiva una función reducida, pero no existe evidencia sólida de que pueda predecir con éxito qué pacientes tienen más probabilidades de recuperación. Si cuando debuta la parálisis hay contracción voluntaria clínicamente discernible, la recuperación completa es muy probable y el estudio electrofisiológico no proporcionará ningún beneficio añadido

GTRO Rehabilitación en Osteoporosis

No iniciar tratamiento con antirresortivos u osteoformadores basándose solo en la densitometría, es decir, sin realizar una valoración global de todos los factores de riesgo²²

El objetivo principal en el manejo de la osteoporosis es la prevención de fracturas, por lo cual es prioritario identificar a los individuos con mayor riesgo de presentarlas para poder beneficiarse del tratamiento farmacológico.

La valoración de los factores de riesgo clínico combinada con la medición de la DMO es un método eficaz de valoración del riesgo de fractura (Recomendación A)

No interrumpir un tratamiento con denosumab sin poner un bifosfonato posterior²³

La interrupción del tratamiento con denosumab se caracteriza por un aumento del recambio óseo, una rápida pérdida de densidad mineral ósea en la mayoría de los pacientes y mayor proporción de múltiples fracturas vertebrales en algunos pacientes.

Por todo esto hay que evitar la interrupción no planificada de denosumab, porque puede aumentar el riesgo de fractura vertebral y, por lo tanto, no se debe suspender sin considerar una terapia alternativa (Recomendación fuerte)

No tratar la osteoporosis solo con tratamiento farmacológico²³

Entre las medidas de prevención primaria y secundaria de osteoporosis y de fractura se recomienda un estilo de vida saludable, incluyendo dieta equilibrada y ejercicio físico regular, evitar el tabaco, limitar el consumo de alcohol e implementar medidas para la prevención de caídas (Grado de recomendación: 4)

La identificación y la difusión de recomendaciones de «No hacer» ayudan a promocionar la prevención cuaternaria, entendida como el «conjunto de medidas que se toman para evitar, disminuir o paliar el daño producido por estas actividades sanitarias innecesarias»^{24,25}. Son numerosas los artículos publicados que inciden sobre la importancia de estas iniciativas, revisan los objetivos generales, ofrecen recomendaciones prácticas de eficiencia, comentan las actividades preventivas de bajo valor, revisan el uso apropiado de las pruebas radiológicas o analíticas, el método para diseñar recomendaciones y las medidas de resultados^{1,3,24,26-28}. En este contexto, recientemente, en el año 2023 se publicó una revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados sobre la desimplementación de lo que denominan las prescripciones de «bajo valor» en la atención sanitaria secundaria²⁷.

Aunque se ha progresado de forma significativa en esta línea de mayor eficiencia, algunas recomendaciones de «No hacer» se aceptan más que otras entre los profesionales y los pacientes³. Parece existir una tendencia entre los profesionales a sobrevalorar los potenciales beneficios de determinadas intervenciones e infravalorar los riesgos. Prima en muchas ocasiones el temor por parte de los médicos a problemas legales («medicina defensiva»), el escaso tiempo de consulta, la influencia de la industria farmacéutica o la presión por parte de los pacientes que reclaman cierto procedimiento en base a fuentes de información inadecuadas¹.

Financiación

Los autores declaran que este trabajo no ha recibido ninguna ayuda financiera.

Consideraciones éticas

Por las características del estudio no hay nada que reseñar respecto a las consideraciones éticas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mira JJ, Carrillo I, Gea Velázquez de Castro MT, Silvestre C, Olivera G, Caro-Mendivelso J, et al. SOBRINA Spanish study-analysing the frequency, cost and adverse events associated with overuse in primary care: Protocol for a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9:e023399.
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: Achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390:191–202.
- Mira JJ, Caro Mendivelso J, Carrillo I, González de Dios J, Olivera G, Pérez-Pérez P, et al. Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to «do not do» recommendations in primary care in Spain: A Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2019;31:519–26.
- García-Alegria J, Vázquez-Fernández del Pozo S, Salcedo-Fernández F, García-Lechuz Moya JM, Andrés Zaragoza-Gaynor G, López-Orive M, et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clin Esp*. 2017;217:212–21.
- Worley L. Choosing Wisely: The antidote to overmedicalisation. *Lancet Respir Med*. 2017;5:177–8.
- NICE «do not do» recommendations. Disponible en: https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf
- Colomer Font C, Lillo González MJ, López de Munain Marqués L. «Not to do» recommendations in physical medicine and rehabilitation: What has not been proven to add value should not be included in a rehabilitation program. Vol. 57. *Rehabilitación (Madr)*. 2023;57:100778.
- Noe E, Gomez A, Bernabeu M, Quemada I, Rodríguez R, Pérez T, et al. Guía: Principios Básicos de la neurorrehabilitación del daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. *Neurología*. 2024;39:261–81.
- Juárez-Belaúnde A, Colomer C, Dorado R, Dorado R, Laxe S, Miguens X, et al. Guía: Principios básicos del manejo del dolor en el daño cerebral sobrevenido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. *Neurología*. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2022.12.005>.
- Liang M, Chen Q, Peng K, Deng L, He L, Hou Y, et al. Manual lymphatic drainage for lymphedema in patients after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99:e23192.
- Co M, Ng J, Kwong A. Air travel safety in postoperative breast cancer patients: A systematic review. *Clin Breast Cancer*. 2018;18:e813–7.
- Lee C, Jones TA. Neuropharmacological targets for drug action in vestibular sensory pathways. *J Audiol Otol*. 2017;21:125–32.
- Seemungal BM, Agrawal Y, Bisdorff A, Bronstein A, Cullen KE, Goadsby PJ, et al. The Bárány Society position on «Cervical Dizziness». *J Vestib Res*. 2022;32:487–99.
- Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Anson ER, Carender WJ, Hoppes CW, et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: An updated clinical practice guideline from the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *J Neurol Phys Ther*. 2022;46:118–77.
- Chen X, Jiang J, Wang R, Fu H, Lu J, Yang M. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;2022(9.).
- Bott J, Blumenthal S, Buxton M, Ellum S, Falconer C, Garrod R, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax*. 2009;64 Suppl. 1:i1–51.
- SEC Working Group for the 2020 ESC Guidelines on Sports Cardiology and Exercise in Patients with Cardiovascular Disease. Comments on the 2020 ESC guidelines on sports cardiology, exercise in patients with cardiovascular disease. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021;74:488–93.
- Wood G, Neilson J, Cottrell E, Hoole S. Osteoarthritis in people over 16: Diagnosis and management—updated summary of NICE guidance. *BMJ*. 2023;380:24.
- Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu A, Aristegui M, Batuecas A, et al. Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2020;71:99–118.
- Preston DC, Shapiro BE. Electromyography and Neuromuscular Disorders. Fourth edition Elsevier; 2021. p. 480–8.
- Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149 3 Suppl:S1–27.
- Riancho JA, Peris P, González-Macías J, Pérez-Castrillón JL. Clinical practice guidelines for postmenopausal, glucocorticoid-induced and male osteoporosis: 2022 update. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2022;14:13–33.
- Morin SN, Feldman S, Funnell L, Giangregorio L, Kim S, McDonald-Blumer H, et al. Clinical practice guideline for mana-

- gement of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2023;195:E1333–48.
24. Arias Constanti V, Domingo Garau A, Rodríguez Marrodán B, Villalobos Pinto E, Rianza Gómez M, García Soto L, et al. Do not do recommendations in different paediatric care settings. *An Pediatr (Engl Ed).* 2023;98:291–300.
 25. Gérvas J. Prevención cuaternaria para principiantes. Breve recetario para un sano escepticismo sanitario. Disponible en: <http://equipocesca.org/prevencion-cuaternaria-para-principiantes-breve-recetario-para-un-sano-escepticismo-sanitario/>
 26. Saini V, Brownlee S, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. *Lancet.* 2017;390:105–7.
 27. Dunsmore J, Duncan E, MacLennan S, N'Dow J, MacLennan S. Effectiveness of de-implementation strategies for low-value prescribing in secondary care: A systematic review. *Implement Sci Commun.* 2023;4:115.
 28. Martín S, Miñarro J, Cano P, Aranda JM. Resultados de la aplicabilidad de las «do not do recommendations» del National Institute for Health and Care Excellence en un hospital de alta complejidad. *Rev Calid Asist.* 2015;30:117–28.