



DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1075>

La S.C.A.R.E. le apunta a las “Decisiones acertadas. Cuidando desde el conocimiento”

S.C.A.R.E. aims at “Choosing Wisely – Caring from knowledge”

Luz María Gómez Buitrago^a , Nubia Fernanda Sánchez Bello^b , Jorge Rubio Elorza^{c,d}^a Dirección científica, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.^b Grupo de investigación Anestesia y Medicina Perioperatoria, Área de Investigaciones y Publicaciones Científicas, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.^c Junta Directiva Nacional. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.^d Salud SURA Industriales. Medellín, Colombia.**Correspondencia:** Cra. 15A No. 120-74, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.**Cómo citar este artículo:** Gómez Buitrago LM, Sánchez Bello NF, Rubio Elorza J. S.C.A.R.E. aims at “Choosing Wisely – Caring from knowledge”. Colombian Journal of Anesthesiology. 2023;51:e1075. **Email:** lm.gomez@scare.org.co

Resumen

La iniciativa Choosing Wisely se ha convertido en un significativo referente como estrategia para reducir pruebas y tratamientos de bajo valor. Planteada originalmente por la American Board of Internal Medicine (ABIM), ha ido creciendo gradualmente y ya se encuentra en más de 18 países, y cuenta con el apoyo de más de 80 sociedades científicas del mundo.

En Colombia, la estrategia está siendo adaptada por la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), quienes, con el apoyo de seis sociedades científicas colombianas como pioneras, han motivado la elaboración e implementación de “recomendaciones de no hacer”, con el objetivo de materializar el derecho a la autorregulación del talento humano en salud, reduciendo aquellas conductas médicas que pueden ser inefectivas u ocasionar daño al paciente.

En este artículo hacemos un recuento de los puntos más importantes de la iniciativa, cuál ha sido la labor de la ACSC, y el papel que la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) ha tenido como sociedad pionera.

Palabras clave

Toma de decisiones; Atención al paciente; Atención de bajo valor; Uso excesivo de los servicios de salud; Colombia; Anestesiología.

Abstract

The Choosing Wisely initiative has become a significant benchmark as a strategy to reduce low value tests and therapies. An original initiative of the American Board of Internal Medicine (ABIM) which has been growing gradually and is now present in over 18 countries, with the support of more than 80 scientific societies around the world.

In Colombia, the strategy is being accepted by the Colombian Association of Scientific Societies (ACSC), which with the support of six pioneer Colombian scientific societies, have encouraged the development and implementation of “do not do recommendations”, with a view to fulfil the right to self-regulation of human resources in healthcare, reducing those medical behaviors that could be ineffective or harmful to the patient.

This article is an overview of the most significant items of the initiative which has been conducted by the ACSC, with the support of the Colombian Society of Anesthesiology and Resuscitation (S.C.A.R.E.) as a pioneer.

Key words

Decision making; Patient care; Low-value care; Medical overuse; Colombia; Anesthesiology.

Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co

Copyright © 2023 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Los desarrollos tecnológicos y en general los avances en los diferentes campos de actuación en salud, así como la importancia que ha ganado la atención centrada en el paciente en los últimos años, han llevado a los actores del sistema de salud y a las sociedades científicas a buscar estrategias asertivas que permitan iniciar y mantener un diálogo abierto entre los médicos y los pacientes acerca del uso inadecuado de pruebas diagnósticas, tratamientos o tecnologías en salud.

Partiendo de esta necesidad, la Junta Estadounidense de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine [ABIM]), en 2012 lanzó un programa denominado Choosing Wisely. El programa original se centró en identificar pruebas y tratamientos de bajo valor, es decir, que no le aportan beneficios adicionales al paciente y sí pueden llevar a desperdicio de recursos y a daño. Posteriormente, buscaron asociarse con otras sociedades médicas para que cada una construyera cinco recomendaciones que estuvieran basadas en la literatura científica. Desde su lanzamiento, más de 80 sociedades científicas han desarrollado recomendaciones y 18 países más han incurrido en el tema (1,2). Canadá, posteriormente, asumió como base Choosing Wisely International (CWI) con el fin de fortalecer una red de cooperación entre iniciativas nacionales para facilitar su implementación basada en lecciones aprendidas y apoyo técnico a países que apenas comienzan.

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) identificó esta iniciativa internacional como una buena aproximación para hacer evidente la imperiosa necesidad de aplicar facultades de autorregulación ya pronunciadas en la Ley Estatutaria de la Salud y en otras normativas gubernamentales. En este sentido, la iniciativa es una acción que permite desarrollar estrategias concretas al proponer el uso racional de tecnologías en salud que

son inefectivas o que pueden hacer daño a los pacientes.

En Colombia, el grupo de trabajo quiso denominar esta iniciativa “Decisiones acertadas. Cuidando desde el conocimiento”, y como producto, cada sociedad científica debe consolidar una lista de cinco recomendaciones de no hacer, es decir, de no realizar actividades/acciones que pueden afectar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Por esto se planteó como objetivo general de la iniciativa en Colombia:

Implementar en el mayor número posible de sociedades científicas asociadas a la ACSC, la iniciativa de listados con cinco recomendaciones de “no hacer” para reducir el uso de tecnologías en salud que sean inefectivas, o inseguras y contribuir así al mejoramiento de la calidad en el sistema de salud y la seguridad del paciente.

Siguiendo adelante, se retomaron los cinco principios de la iniciativa a escala internacional, y se sumó el primero que se enuncia a continuación dado al momento histórico que se vive en el país con la implementación de la Ley Estatutaria del Sector Salud (3).

Principios de la iniciativa de Choosing Wisely acogidas en Colombia por el proyecto de Decisiones acertadas (3,4):

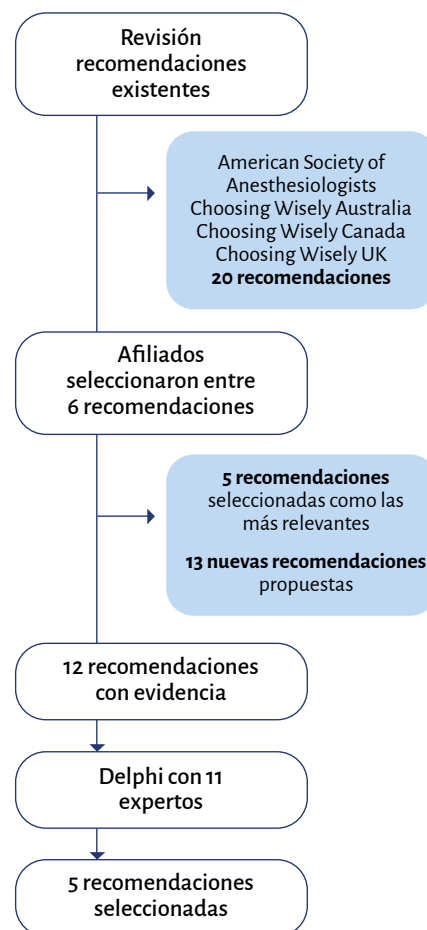
1. Que esté en consonancia con la protección del derecho fundamental a la salud y a la seguridad del paciente.
2. Que sea liderada por los médicos de acuerdo con su obligación de autorregulación.
3. Que sea centrada en el paciente, con quien debe conciliarse su implementación.
4. Que sea multiprofesional, pues para su cumplimiento es necesario involucrar profesiones de la salud diferentes a la medicina.
5. Que sea basada en evidencia.
6. Que sea transparente, es decir, que se debe realizar evitando la participación de quienes puedan tener conflictos de intereses.

A continuación, se presenta el trabajo que se hizo en la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) que agremia los anestesiólogos en el país, y que permitió consolidar las cinco recomendaciones que se consideraron relevantes para la práctica general de la especialidad en el país, y que espera poder implementar en las instituciones asistenciales de salud. En el aparte final de este artículo se presentará la ruta por seguir para continuar su implementación y difusión.

METODOLOGÍA

Luego de tener claridad sobre el trabajo por realizar, cada sociedad científica definió

Figura 1. Estrategia de construcción de Decisiones Acertadas.



Fuente: Autores.

internamente cuál sería su estrategia para establecer sus recomendaciones. La **Figura 1** presenta la estrategia empleada por nuestra sociedad.

En la S.C.A.R.E. se recopilaron las recomendaciones propuestas por la American Society of Anesthesiologists, Choosing Wisely Australia, Choosing Wisely Canada, y Choosing Wisely UK Anaesthesia; desde luego, las recomendaciones se relacionaban específicamente con el manejo anestésico. Esta selección inicial fue consolidada en un formulario de encuesta de Question Pro [\(5\)](#); el formulario fue enviado a los anestesiólogos afiliados a la S.C.A.R.E. para que seleccionaran las recomendaciones más importantes, o enunciaran nuevas recomendaciones con su respectiva evidencia.

Con los resultados de esta encuesta se identificaron algunas recomendaciones adicionales, y se planteó una lista corta de doce recomendaciones; a continuación, se realizó mediante metodología Delphi un proceso de validación con un grupo seleccionado de expertos. Para la conformación del grupo de expertos se tuvieron en cuenta dos criterios fundamentales: en primer lugar, la experiencia en el área clínica y, en segundo lugar, la ausencia de cualquier vínculo que pudiera ocasionar algún conflicto de interés. La ACSC propuso algunos criterios para identificar posibles conflictos de interés, y fueron estos los que se tuvieron en cuenta. Se consideró conflicto de interés ser [\(6\)](#):

- Empleado de tiempo completo en actividades no asistenciales del Ministerio de Salud, o de secretarías departamentales, distritales o municipales de salud.
- Empleado de tiempo completo en actividades no asistenciales de una EPS o entidad responsable de pago.
- Empleado de tiempo completo de una compañía de manufactura o distribución de tecnologías médicas (medicamentos, dispositivos, equipos médicos, insumos médicos).

- Propietario o miembro de Junta Directiva de alguna de las empresas mencionadas.

Con los criterios se constituyó un grupo de once expertos; previo a la reunión, cada experto recibió un documento que resumía los resultados logrados hasta ese momento y las propuestas preliminares de recomendaciones de no hacer. Los expertos tuvieron oportunidad de realizar comentarios a estas propuestas preliminares entre el 8 y el 18 de abril de 2022. Se solicitó de manera preliminar, indicar su grado de acuerdo con la inclusión de estas recomendaciones por medio de un cuestionario de QuestionPro. Esta primera revisión y votación se denominó ronda preliminar.

La reunión de los expertos se realizó de forma virtual el 19 de abril de 2022; el día de la reunión se presentó nuevamente la información obtenida por el equipo desarrollador y se presentaron los resultados de la ronda preliminar. Se dio inicio con un tiempo predeterminado de discusión (máximo diez minutos por recomendación, máximo un minuto por cada intervención para un total de treinta minutos), para analizar las recomendaciones en torno a las que no existía acuerdo de inclusión o exclusión. Los puntos de desacuerdo en la ronda preliminar fueron sometidos a un proceso de votación de dos rondas. Previo al inicio de la segunda ronda, se realizó una ronda de discusión acerca de las recomendaciones en las que había desacuerdo, dicha ronda de discusión tuvo el mismo tiempo predeterminado de diez minutos, con un máximo de duración por intervención de un minuto.

Con la definición de las recomendaciones por incluir, se realizó una priorización para determinar cuáles serían las cinco recomendaciones para presentar como Decisiones acertadas en Anestesiología. La priorización se hizo a través de Question Pro, mediante un listado que permitía organizar las cinco recomendaciones más importantes de acuerdo con el criterio de cada experto. Esta información se analizó en forma de

proporciones para establecer cuáles fueron las cinco recomendaciones mejor calificadas dentro del grupo. Con esta metodología, se seleccionaron las recomendaciones que se presentan en la **Tabla 1**.

Socialización de resultados y lo que sigue a partir de ahora

Luego de reunidas las recomendaciones de las sociedades pioneras que respondieron en primera fase al llamado de la ACSC, y de presentarlas en un formato diseñado con este fin, se realizó un seminario web de lanzamiento el 5 de mayo de 2022, con una gran difusión nacional para la asistencia de los diferentes actores del gremio de la salud. La sesión inició con la conferencia de la experiencia internacional a cargo de la doctora Wendy Livingston y posteriormente una corta presentación de la síntesis de las recomendaciones de cada una de las sociedades a cargo del grupo desarrollador. El 12 de julio, la S.C.A.R.E tuvo a su vez un evento de presentación on line de las recomendaciones en anestesiología y se respondieron las preguntas del auditorio al respecto.

Pero el trabajo no termina aquí. Sigue la implementación en el sector prestador mediante la aplicación de las recomendaciones en instituciones de salud, con medición de resultados de antes y después en cada una de ellas para evidenciar los beneficios; simultáneamente, la difusión de las recomendaciones a las sociedades de pacientes y al sector educativo, con el fin de vincular la iniciativa en la instituciones de formación del recurso humano, para que sean tenidas en cuenta. La ACSC continuará liderando la actividad, invitando y asesorando a otras sociedades científicas para que se involucren en ella. En la S.C.A.R.E, en particular, nos interesa avanzar en escenarios propios de la especialidad en los que se puedan construir recomendaciones alrededor de un tema concreto: anestesia pediátrica, anestesia obstétrica y anestesia regional, entre otras.

Tabla 1. Recomendaciones de Decisiones Acertadas en Anestesiología.

Recomendación	Comentario
No permita ayunos prolongados en los pacientes que serán llevados a cirugía electiva; si no existe contraindicación, considere usar líquidos claros hasta dos horas antes de la cirugía.	Estudios controlados aleatorizados han comprobado que la ingesta de líquidos claros hasta dos horas y sólidos ligeros hasta seis horas antes de la inducción anestésica es segura y mejora la sensación de bienestar del paciente (7).
No solicite exámenes de laboratorio "rutinarios" (electrocardiograma, rayos X de tórax, espirometría, cuadro hemático, estudios de coagulación), en pacientes ASA I o II que vayan a un procedimiento de bajo riesgo y no se anticipa pérdida sanguínea.	Reduciendo el número de exámenes innecesarios, se reduce el número de cancelaciones y retrasos, y se considera además que es una medida costo-eficiente que reduce el costo de la atención en salud (8,9). Un estudio piloto de la eliminación de los exámenes preoperatorios rutinarios en cirugía ambulatoria demostró que no hay aumento en los eventos adversos (10).
No administre oxígeno suplementario en anestesia regional en pacientes sanos, a menos que suministre sedantes o documente saturación de oxígeno menor a 90 %.	En pacientes ASA I-III bajo anestesia espinal no es necesario el uso rutinario de oxígeno suplementario, por la incidencia baja de hipoxemia intraoperatoria (saturación de oxígeno 90 %) (11). La administración de oxígeno suplementario a las embarazadas a término sanas durante una cesárea electiva bajo anestesia regional no demostró que sea beneficiosa o perjudicial para la madre o el feto (12). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en algunas ciudades que se encuentran por encima de los 2600 metros sobre el nivel del mar, esta cifra mínima podría ser más alta, considerándose una saturación del 92 % como cifra basal (13,14).
No administre en el perioperatorio glóbulos rojos empaquetados en un paciente joven sin comorbilidades, sin pérdidas sanguíneas, con hemoglobina (Hb) mayor o igual a 7 g/dL, a menos que esté sintomático o hemodinámicamente inestable.	Las guías actualizadas de la Sociedad Americana de Anestesiología recomiendan la transfusión de glóbulos rojos si la Hb es < 7 g/dL en la mayoría de pacientes asintomáticos y sin enfermedad cardiovascular. La transfusión de glóbulos rojos no debe definirse únicamente por un nivel de hemoglobina (15). En un trabajo en cuidado intensivo se compararon un grupo restrictivo con transfusión si la Hb era menor a 7 g/dL para mantenerla entre 7-9 g/dL, con un grupo liberal, con nivel para la transfusión Hb < 10 g/dL para mantenerla entre 10-12 g/dL, no hubo diferencia estadística en la mortalidad a 30 días en los dos grupos (16). La mayoría de las transfusiones con eritrocitos alogénicos pueden evitarse en pacientes con hemoglobina alrededor de 7-8 g/dL (17).
No administre plasma fresco congelado (PFC) de manera profiláctica en el perioperatorio de pacientes que no tienen un sangrado activo.	El uso profiláctico de PFC antes de un procedimiento invasivo con alteración de las pruebas de la coagulación sin sangrado activo, no es soportado por evidencia de buena calidad, con la conclusión que pruebas de coagulación alteradas no predicen el sangrado (18); no hay evidencia para el uso de plasma de forma profiláctica (19). La historia personal y familiar de sangrado, medicamentos y el riesgo de sangrado del procedimiento son más importantes que las pruebas de coagulación rutinarias (20).

Fuente: Autores.

RECONOCIMIENTOS

Contribuciones de los autores

LMGB y JRE: Concepción de la estrategia, planificación del estudio, construcción del borrador, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

NFSB: Planificación del estudio, construcción del protocolo de investigación, análisis estadístico de los resultados obtenidos, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

Asistencia para el estudio

Uso de plataforma QuestionPro con licencia, propiedad de la S.C.A.R.E.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

El artículo narra una serie de actividades realizadas por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) y todos los autores se encuentran vinculados a dicha organización.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Yenny Marcela Muñoz La-verde, profesional de Investigaciones de la S.C.A.R.E., por el apoyo para obtener información a través de la plataforma QuestionPro.

REFERENCIAS

- Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(2):167-74. doi: [www.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821)
- Santhirapala R, Fleisher LA, Grocott MPW. Choosing Wisely: just because we can, does it

- mean we should? *Br J Anaesth.* 2019;122(3):306-10. doi: [10.1016/j.bja.2018.11.025](https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.11.025)
3. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
 4. Choosing Wisely International Learning Network. Starter Kit for your Choosing Wisely Campaign [Internet]. 2017. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/03/English-CWL-LN-starter-kit-.pdf>
 5. QuestionPro Inc. Software para encuestas QuestionPro [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.questionpro.com/es/>
 6. Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Documento de referencia para la implementación de la iniciativa en las Sociedades científicas [Internet]. Decisiones Acertadas. Cuidando desde el conocimiento. 2022. Disponible en: http://decisionesacertadas.sociedadescientificas.com/wp-content/uploads/2022/05/Decisiones-Acertadas-Documento_Referencia_Mayo-17-2022.pdf
 7. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane database Syst Rev.* 2003;(4). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004423>
 8. Beliveau L, Buddenhagen D, Moore B, Davenport D, Burton M, Duane T. Decreasing resource utilization without compromising care through minimizing preoperative laboratories. *Am Surg.* 2018;84(7):1185-8. doi: <https://doi.org/10.1177/000313481808400735>
 9. Nelson SE, Li G, Shi H, Terekhov M, Ehrenfeld JM, Wanderer JP. The impact of reduction of testing at a Preoperative Evaluation Clinic for elective cases: Value added without adverse outcomes. *J Clin Anesth.* 2019;55:92-9. doi: [www.doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.12.027](https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.12.027)
 10. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2009;108(2):467-75. doi: [www.doi.org/10.1213/ane.0b013e318176bc19](https://doi.org/10.1213/ane.0b013e318176bc19)
 11. Mutukwa T, Gonah L, Ndhlala AR, Saurombe DT. Is oxygen supplementation necessary for patients under spinal anaesthesia? A prospective hospital-based study. *Med J Zambia.* 2017;44(1):45-51. Available at: <https://www.ajol.info/index.php/mjz/article/view/157404>
 12. Chatmongkolchart S, Prathep S. Supplemental oxygen for caesarean section during regional anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;44(3). doi: [www.doi.org/10.1002/14651858.CD006161.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006161.pub3)
 13. Ministerio de Salud y Protección Social. Uso e interpretación de la oximetría de pulso [Internet]. 2016. Available at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/uso-interprtn-oximetria-pulso.pdf>
 14. Trompetero González AC, Cristancho Mejía E, Benavides Pinzón WF, Serrato M, Landinéz MP, Rojas J. Comportamiento de la concentración de hemoglobina, el hematocrito y la saturación de oxígeno en una población universitaria en Colombia a diferentes alturas. *Nutr Hosp.* 2015;32(5):2309-18. doi: [www.doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9711](https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9711)
 15. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. *Anesthesiology.* 2006;105(1):198-208. doi: <https://doi.org/10.1097/0000542-200607000-00030>
 16. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *N Engl J Med.* 1999;340(6):409-17. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM199902113400601>
 17. Carson JL, Stanworth SJ, Dennis JA, Trivella M, Roubinian N, Fergusson DA, et al. Transfusion thresholds for guiding red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(12). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002042.pub5>
 18. Segal JB, Dzik WH, Network TMCT. Paucity of studies to support that abnormal coagulation test results predict bleeding in the setting of invasive procedures: an evidence-based review. *Transfusion.* 2005;45(9):1413-25. doi: [www.doi.org/10.1111/j.1537-2995.2005.00546.x](https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2005.00546.x)
 19. Green L, Bolton-Maggs P, Beattie C, Cardigan R, Kallis Y, Stanworth SJ, et al. British Society of Haematology Guidelines on the spectrum of fresh frozen plasma and cryoprecipitate products: their handling and use in various patient groups in the absence of major bleeding. *Br J Haematol.* 2018;181(1):54-67. doi: [www.doi.org/10.1111/bjh.15167](https://doi.org/10.1111/bjh.15167)
 20. Patel IJ, Davidson JC, Nikolic B, Salazar GM, Schwartzberg MS, Walker TG, et al. Consensus guidelines for periprocedural management of coagulation status and hemostasis risk in percutaneous image-guided interventions. *J Vasc Interv Radiol.* 2012;23(6):727-36. doi: [www.doi.org/10.1016/j.jvir.2012.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jvir.2012.02.012)

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Decisiones acertadas. Cuidando desde el conocimiento (Choosing Wisely)

A continuación, encontrará un listado con recomendaciones de “No hacer” en relación con algunas de las prácticas más frecuentes en anestesiología en Colombia. Por favor, seleccione las que considera que deban incluirse en el listado de Decisiones acertadas para Anestesiólogos colombianos (máximo 5).

- No hospitalizar a un paciente un día antes de su cirugía ambulatoria programada de riesgo bajo a moderado, si ha recibido una adecuada evaluación y preparación preoperatoria.
- No solicitar exámenes de laboratorio rutinarios (electrocardiograma, rayos X de tórax, espirometría, cuadro hemático, estudios de coagulación) en pacientes ASA I o II que vayan a un procedimiento

de bajo riesgo, cuando se anticipa pérdida sanguínea o aplicación de líquidos, mínimas.

- No solicitar pruebas de diagnóstico cardiaco o pruebas de estrés cardiaco a pacientes cardiacos que estén asintomáticos, estables, que vayan a ir a un procedimiento no cardiaco de riesgo bajo o moderado.
- No administrar glóbulos rojos empaquetados en un paciente joven, saludable sin pérdidas sanguíneas, con hemoglobina mayor o igual a ____, a menos que esté sintomático o hemodinámicamente inestable.
- No administrar coloides de forma rutinaria (dextrans, hidroxietil-almidón, albúmina) para rescate de volumen sin que existan indicaciones apropiadas.
- No iniciar anestesia en pacientes con esperanza de vida limitada, alto riesgo

de morir o con recuperación funcional severamente comprometida, sin discutir los desenlaces esperados y los objetivos de la atención.

Si usted tiene una propuesta de recomendación no considerada entre las previamente listadas, podrá incluirla en el segmento “Otra no recomendada”, teniendo en cuenta que:

- La propuesta debe comenzar con la palabra “No”.
- Número máximo de palabras: 30.
- Solo podrá postular recomendaciones relacionadas con la Anestesiología.

Referencia: Indique la fuente que motiva la propuesta, puede responder con alguna frase o link de consulta.

Díganos si tiene algún comentario u observación relacionada con las recomendaciones propuestas.