

## EDITORIAL

### ***Primum non nocere***

Paula Vázquez López<sup>1</sup>, Andrea Mora Capín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidenta de la SEUP. <sup>2</sup>Coordinadora del GT de Humanización y Experiencia del paciente SEUP

Los pediatras que ya tenemos una cierta edad y varias décadas de experiencia a nuestras espaldas, hemos visto cómo han ido cambiando muchas de las prácticas clínicas que aprendimos cuando éramos residentes. Por aquel entonces, las bronquiolitis se trataban con broncodilatadores y no existía la pulsioximetría, se realizaba radiografía de cráneo a los lactantes con traumatismo craneoencefálico, la pielonefritis aguda precisaba siempre ingreso, todas las otitis medias requerían tratamiento antibiótico y el dolor en los niños era como un ente desconocido.

La práctica clínica cambia porque la evidencia científica evoluciona y tiene fecha de caducidad. Por otra parte, los determinantes culturales, sociales y genéticos de la población son también variables con el paso de los años. De ahí la necesidad de verificar o reevaluar periódicamente la adecuación y rentabilidad diagnóstica de las pruebas que solicitamos y la eficacia de los tratamientos que prescribimos y que son habitualmente aceptados<sup>(1)</sup>.

La expresión latina *primum non nocere* atribuida a Hipócrates y recogida en su cuerpo hipocrático, nos recuerda que nuestra primera responsabilidad como médicos es “no hacer daño” a nuestros pacientes, aunque no siempre podamos curar sus dolencias. Es decir, tenemos la obligación ética y moral de no hacer aquello que pueda ser perjudicial para nuestros pacientes, y ser críticos con las actuaciones médicas que llevemos a cabo.

En la primera década del siglo XXI se publicaron tres libros que ponían de manifiesto la necesidad de un cambio en el modelo asistencial: “El sobretratamiento” (*overtreated*) de Shannon Brownlee, “Redefiniendo el cuidado de la salud” (*redefining Health Care*) de Elizabeth Omsted y

Michael Porter, y “Los tratamientos a prueba”, de un grupo de reconocidos investigadores. De esta necesidad surge el concepto de *Medicina Basada en Valor*, que incorpora los resultados en salud relevantes para el paciente. Una década más tarde nace en Estados Unidos el movimiento *Right Care* liderado por Vikas Saini y Shannon Brownlee, que consiste en promover una atención sanitaria coste-efectiva, adaptada a las circunstancias de cada paciente y sustentada en la mejor evidencia disponible<sup>(1-6)</sup>.

Este movimiento surge como una necesidad y comparte el objetivo de reducir la sobreutilización, pero con un enfoque positivo fomentando las prácticas clínicas de alto valor. En muchas ocasiones se ha visto que los estudios que se realizan son poco consistentes, o se recogen casos anecdóticos, o los estudios epidemiológicos no están bien ajustados, o es una investigación retrospectiva poco rigurosa, con selecciones inapropiadas de pacientes o con limitaciones locales. Además, el 40% de la medicina que realizamos está sustentada en prácticas de poco valor e incluso hasta un 10% puede ser perjudicial, y consume un tercio de los recursos sanitarios que podrían estar dirigidos hacia prácticas de mayor impacto en el cuidado de la salud<sup>(1,7,8)</sup>.

Construir un modelo de atención sanitaria enfocado a las necesidades y expectativas de los pacientes e inspirado en los principios del *Right Care* y la Medicina Basada en Valor, requiere liderazgo, capacidad de innovación y poner en marcha una serie de herramientas como las políticas de comunicación, la formación de los profesionales (inculcando esta cultura en nuestros estudiantes y residentes, ya que “desaprender” es más difícil que aprender), la gestión de las cadenas de valor, y la creación de Comisiones de Práctica Clínica y foros de pacientes, entre otras. Debemos superar barreras a todos los niveles: social (contexto político, crisis económica y redes sociales), institucional (falta de liderazgo en la gestión, escaso apoyo institucional), asistencial (dificultades de coordinación entre niveles asistenciales y entre equipos de profesionales, elevada presión asistencial), profesionales (tendencia a la autoprotección, resistencia al cambio) y pacientes (reticencias, demandas y expectativas)<sup>(5,9)</sup>.

Recibido el 7 abril de 2023

Aceptado el 19 abril de 2023

Dirección para correspondencia:

Dra. Paula Vázquez

Correo electrónico: paulavazquez47@hotmail.com

Las sociedades científicas han impulsado varios proyectos para fomentar las prácticas clínicas de alto valor y eliminar las prácticas innecesarias. En 2022, la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), con el liderazgo del Grupo de Trabajo de Mejora de la Calidad y la colaboración del resto de Grupos de Trabajo de la SEUP, con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad en la atención del paciente pediátrico en los servicios de urgencias, elaboró un documento de “acciones que no hay que hacer” para evitar prácticas innecesarias o incluso perjudiciales para los pacientes. Ahora es necesario dar un paso más allá, dar difusión a este documento, analizar el impacto de nuestras “acciones”, y “no acciones” y conseguir que estas prácticas sean sostenidas en el tiempo, hasta que nuevas evidencias justifiquen la modificación de las recomendaciones formuladas<sup>(4,10)</sup>.

El no hacer va más allá de unas recomendaciones de no hacer de cada sociedad científica, es una forma diferente de trabajar basada en hacer lo adecuado, en el momento y tiempo adecuado, incorporando las prácticas clínicas enfocadas a los resultados de valor para el paciente, que es lo que realmente aporta salud a las personas.

Cada vez que vayamos a implementar una práctica clínica en nuestro entorno, debemos cuestionarnos: ¿es necesaria?, ¿es segura?, ¿es eficaz?, ¿aporta algún resultado de valor al paciente?, ¿hemos tenido en cuenta sus valores y circunstancias?, ¿es una decisión compartida? Incorporar la voz del paciente en el rediseño de nuestros procesos y circuitos es imprescindible para que nuestras prácticas sean sostenibles en el tiempo.

SEUP avanza gracias al motor que representan nuestra red de investigación (RISeUP) y nuestros Grupos de Trabajo, cuyo esfuerzo, proyectos y publicaciones contribuyen sustancialmente a construir la Medicina Basada en la Evidencia que sustenta nuestra práctica clínica. Recientemente se ha creado el Grupo de Trabajo de Humanización y Experiencia del Paciente, y se ha firmado un convenio de colaboración con la Fundación HUMANS, con el objetivo de que nuestra Sociedad siga avanzando en esta línea estratégica de Medicina Basada en Valor y centrada en el paciente-familia. Por último, el trabajo que se está realizando para conseguir que nuestra especialidad de pediatras de Urgencias sea reconocida como tal, sin duda aportará alto valor a la atención que ofrecemos a nuestros pacientes. Tenemos la oportunidad de cambiar

la práctica clínica, hagámoslo. *“Si terminamos haciendo lo mismo el resultado no será diferente” (Albert Einstein).*

De esta forma, todos ganaremos, el paciente, la sociedad, el sistema sanitario y también nosotros, los profesionales.

Volviendo a Hipócrates: “Las fuerzas naturales que se encuentran dentro de nosotros son las que realmente curan las enfermedades”. No siempre hay que intervenir, muchas veces los médicos debemos ser meros espectadores de la naturaleza.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mira JJ. La oportunidad de promover las prácticas de alto valor. *Med Clin.* 2021; 157: 480-2. doi: 10.1016/j.medcli.2021.09.003.
2. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug A, Glasziou P, Heath L, et al. Evidence for Overuse of Medical Services Around the World. *Lancet.* 2017; 390: 157-68.
3. Dorsett M, Cooper RJ, Taira BR, Wilkes E, Hoffman JR. Bringing value, balance and humanity to the emergency department: The Right Care Top 10 for emergency medicine. *Emerg Med J.* 2020; 37: 240-5. doi: 10.1136/emered-2019-209031.
4. Scheffert M, Schroeder A, Liu D, Nicklas D, Moher J. Right Care for children: top five Do's and Don't's. *Am Fam Physician.* 2019; 99(6): 376-82.
5. 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.
6. Landon SN, Padikkala J, Horwitz LI. Defining value in health care: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care.* 2021; 33(4). doi: 10.1093/intqhc/mzab140.
7. Bértudez-Tamayo C, Orly A, García Mochón L. Desimplementación de actividades clínicas de bajo valor. *Gac Sanit.* 2019; 33(4): 307-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.11.005.
8. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 challenge. *BMC Med.* 2020; 18: 102.
9. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood).* 2008; 27(3): 759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
10. Arias V, Domingo A, Rodríguez B, Villalobos E, Rianza M, García L, et al. Recomendaciones de no hacer en distintos ámbitos de la atención pediátrica. *An Pediatr.* 2023; 98(4): 294-300. doi: 10.1016/j.anpedi.2023.02.001.