LOS VALORES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

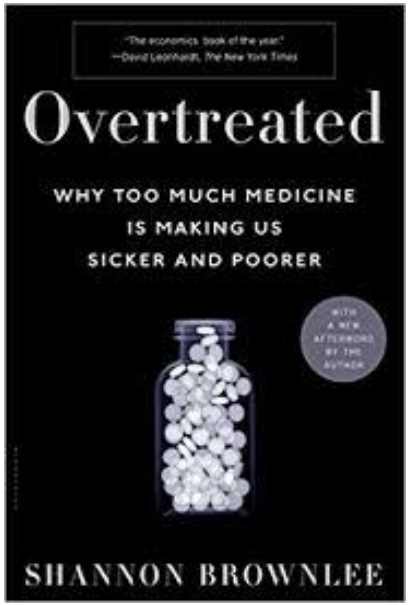
Jordi Varela

14 de junio de 2018

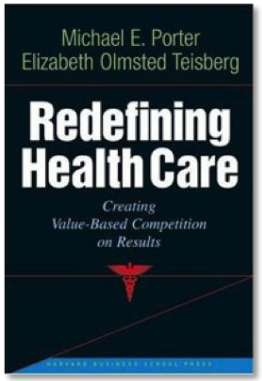
1. Right Care
2. El valor de la evidencia
3. Sobrediagnóstico
4. Atención centrada en el paciente
5. Medicina fragmentada
6. Prácticas clínicas de valor

1

RIGHT CARE



"Como la mayoría de prácticas clínicas no han sido nunca contrastadas científicamente, cuando alguien le ha metido la nariz, ha resultado que muchas de ellas no ofrecían un buen balance entre daños y beneficios, y sino se lo creen hagamos un repaso a algunas actividades clínicas que habiendo tenido su "solera", en el momento que se han evaluado seriamente han tenido que ser repensadas, como: amigdalectomías, histerectomías, lobotomías frontales, mastectomías radicales, artroscopias de rodilla para las artritis, cribado radiológico para el cáncer de pulmón, inhibidores de la bomba de protones para las úlceras de estómago, tratamiento hormonal de la menopausia, quimioterapia de alta dosis para el cáncer de mama, etc ".



How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA
Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD, MEngr, MS

Today's preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients. Instead, health care reform must focus on improving

Tres principios guiarán el cambio:

1. El objetivo de la práctica clínica es aportar valor a la salud de las personas
2. Los médicos se deberían organizar según las necesidades de los procesos clínicos
3. Se deben medir los resultados ajustados por riesgo y por coste

value and on rewarding innovation that advances medicine, what would that system look like? The next question would be, how can the system migrate

nizes the role of health professionals at the heart of the system.

JAMA. 2007;297:1103-1111 www.jama.com

DE LA EFECTIVIDAD AL VALOR

EFECTIVIDAD CLÍNICA

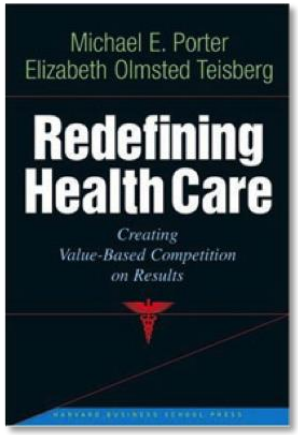
+ cantidad de vida
+ calidad de vida

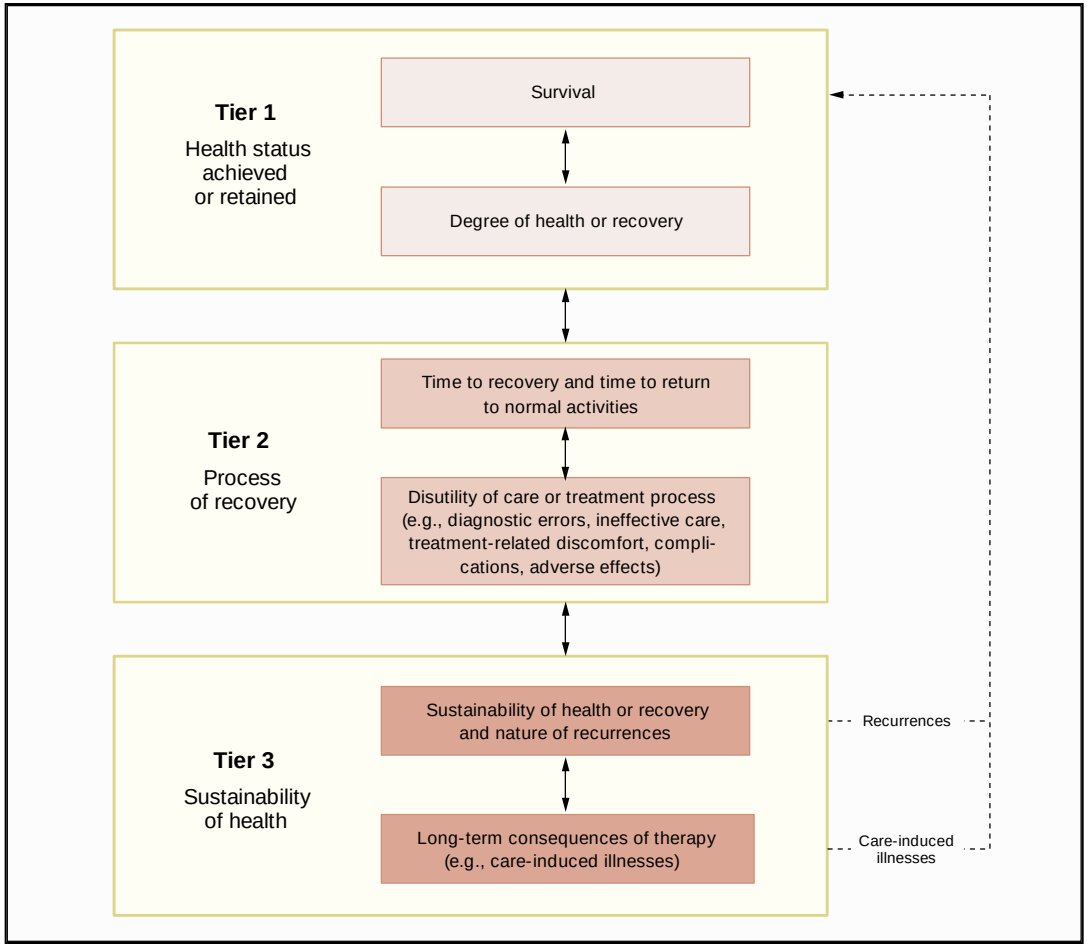
indicadores de mortalidad
indicadores de morbilidad

determinantes de la salud

percepción

VALOR

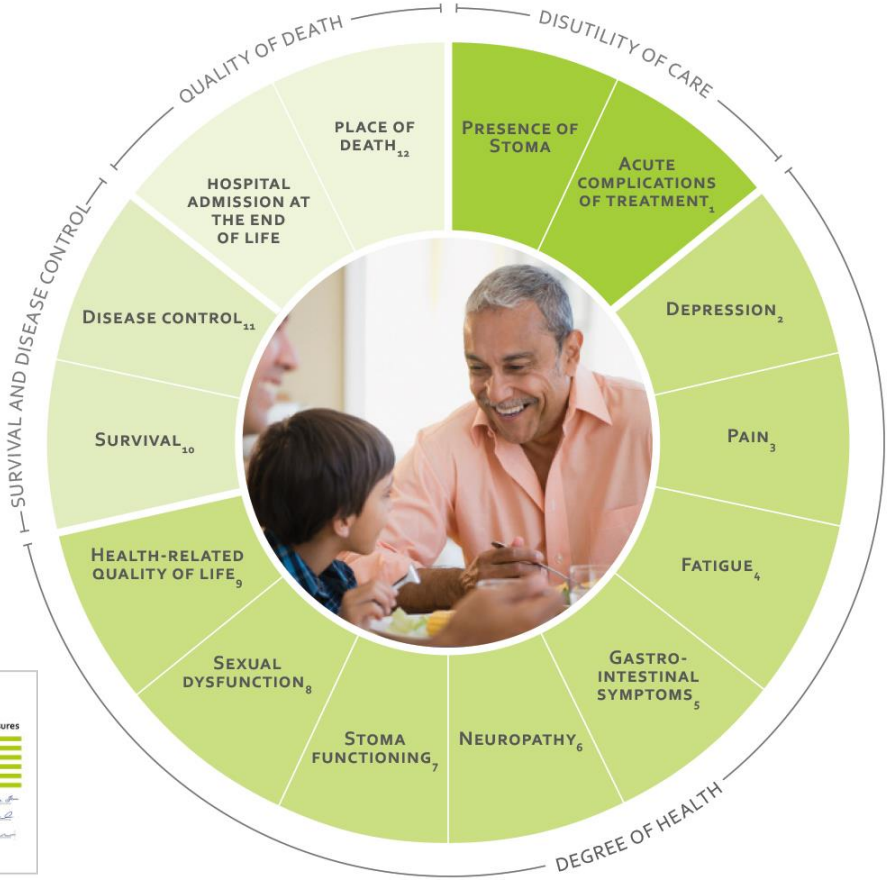


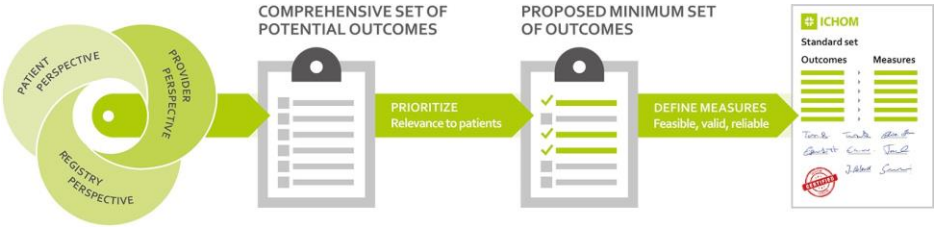


Porter ME, What is value in health care? NEJM 2010 Dec 8; 1-5

ICHOM

International Consortium for Health Outcomes Measurement es una organización sin ánimo de lucro que promueve la definición de resultados específicos para cada proceso clínico. ICHOM organiza grupos de trabajo combinados entre profesionales clínicos y pacientes para definir qué *outcomes* se piensa que son los más valiosos. Ha elaborado packs de *outcomes* para 21 procesos clínicos, y tiene en preparación 10 más.





Avoiding overuse—the next quality frontier

Published Online
January 8, 2017
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3
See Online/Series
http://dx.doi.org/10.1016/PII,
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32379-0,
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3, and
http://dx.doi.org/10.1016/PII

As nations move toward universal health coverage (UHC), the stakes on quality of care rise. The nearest peo care whe heal harr Poo high-income countries have the political will to increase tax rates, and therefore government investments reflect zero sum choices—what public health care gets, public yers, ISA,[1] mes, alth eeds care that meets needs is high quality; health care that does not meet needs is low quality. Four papers in a Series in

Se debe entender la calidad como la provisión de servicios que responden a las necesidades de las personas

Donald Berwick. Institute for Healthcare Improvement

www.thelancet.com

From universal health coverage to right care for health

”Right Care": es la atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su manera de ver las cosas, y que, además, se sustenta en la mejor evidencia disponible y en los estudios de coste-efectividad.

Sabine Kleinert
Richard Horton
The Lancet Editors

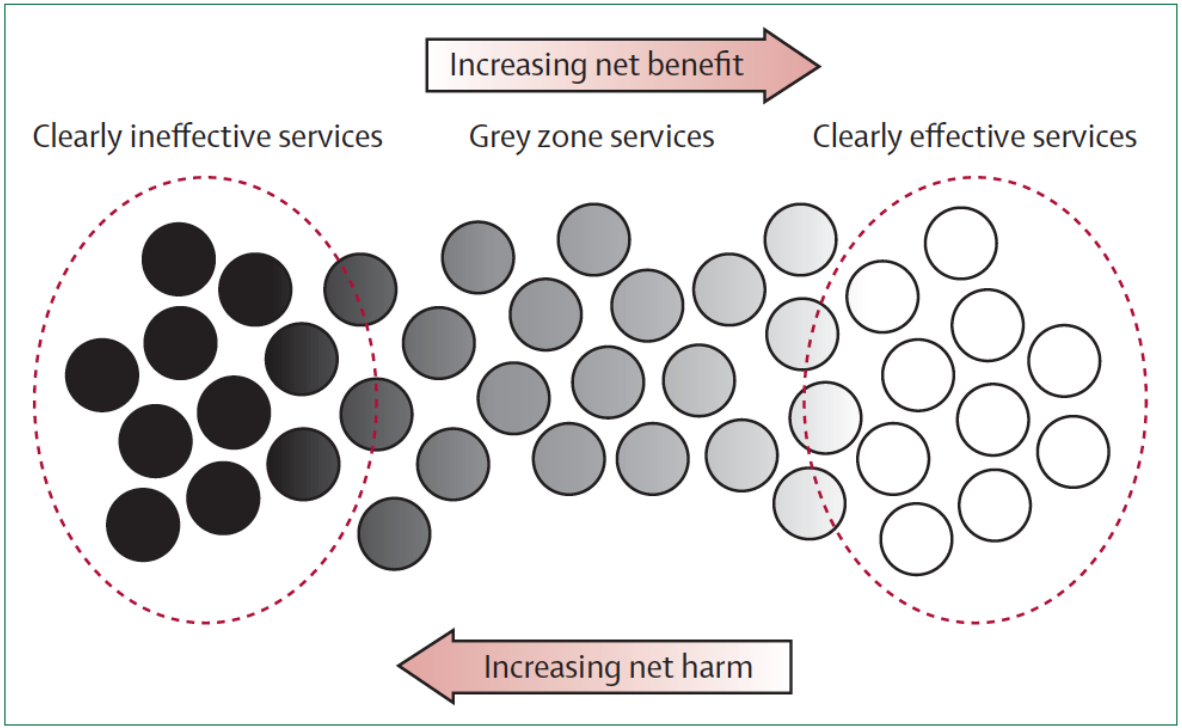


***Figure 1*: Grey zone services**

2

EL VALOR DE LA EVIDENCIA

Sir Muir Gray

Chief Knowledge Officer (NHS)

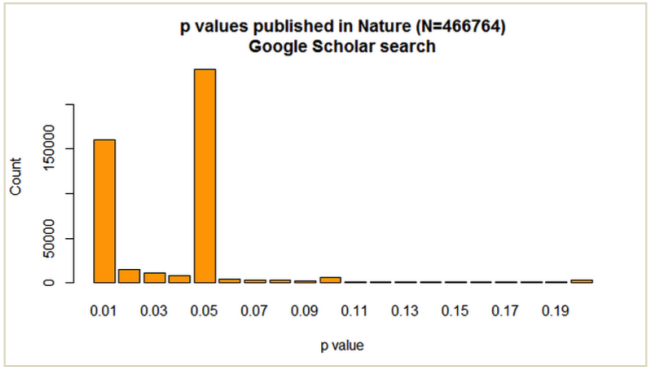
Las 7 impurezas que contaminan el conocimiento:

1. Sesgo incial que parte del patrocinio
2. Obscurantismo en la publicación de resultados
3. Sesgo de la información que llega a los médicos
4. Sesgo de la información que llega a los ciudadanos
5. Conflictos de intereses a todos los niveles
6. Práctica de la medicina defensiva
7. *Innumeracy* generalizada

NATURE NEWS BLOG

‘Ethical failure’ leaves one-quarter of all clinical trials unpublished

29 Oct 2013 | 23:30 BST | Posted by Daniel Cressey | Category: Ethics, Health and medicine, Policy, Publishing

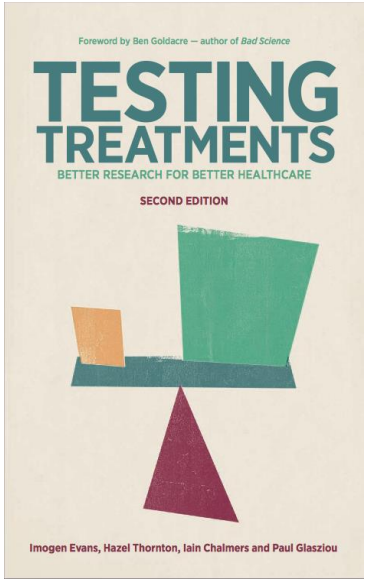


The Lancet @TheLancet

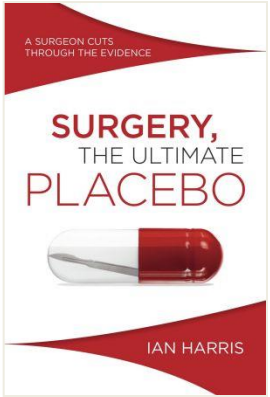
Siguiendo

“A lot of what is published is incorrect” @richardhorton1 Offline: What is medicine's 5 sigma? thelancet.com/journals/lance …

Iain Chalmers
Coautor. Médico,
investigador y activista



"Es fundamental consultar una y otra vez la evidencia científica, revisarla críticamente y de manera sistemática antes de empezar una investigación nueva y, del mismo modo, interpretar los nuevos resultados a la luz de las revisiones sistemáticas actualizadas".



De los 9.000 procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en servicios de ortopedia y traumatología de tres hospitales públicos universitarios del área de Sidney, sólo la mitad están soportados por evidencia científica consistente.

En una revisión sistemática de 53 ensayos clínicos con placebo se descubrió que en la mitad de las intervenciones analizadas, la operación no era mejor que la falsa cirugía y que en los que lo era, la diferencia no era demasiado grande.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

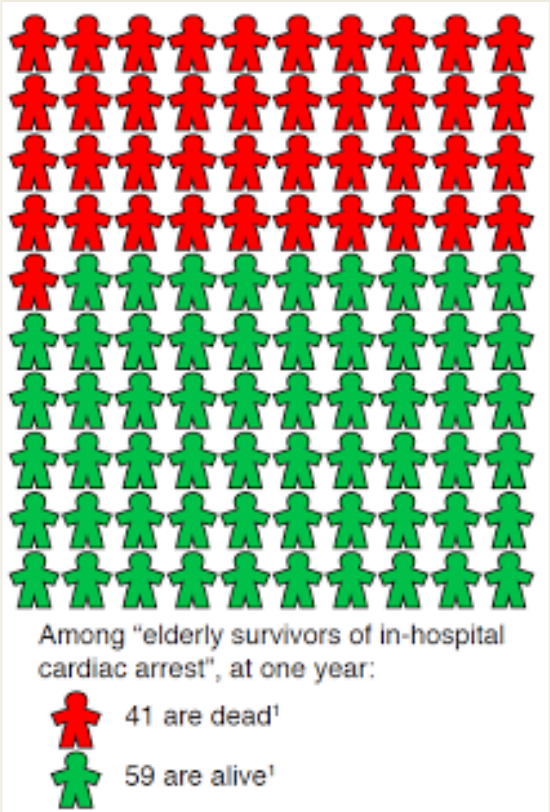
Long-Term Outcomes in Elderly Survivors of In-Hospital Cardiac Arrest

Paul S. Chan, M.D., Brahmajee K. Nallamothu, M.D., M.P.H., Harlan M. Krumholz, M.D., John A. Spertus, M.D., M.P.H., Yan Li, Ph.D., Bradley G. Hammill, M.S., and Lesley H. Curtis, Ph.D., for the American Heart Association Get with the Guidelines–Resuscitation Investigators*

CONCLUSIONS

Among elderly survivors of in-hospital cardiac arrest, nearly 60% were alive at 1 year, and the rate of 3-year survival was similar to that among patients with heart failure. Survival and readmission rates differed according to the demographic characteristics of the patients and neurologic status at discharge. (Funded by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute.)

N ENGL J MED 368;11 NEJM.ORG MARCH 14, 2013



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

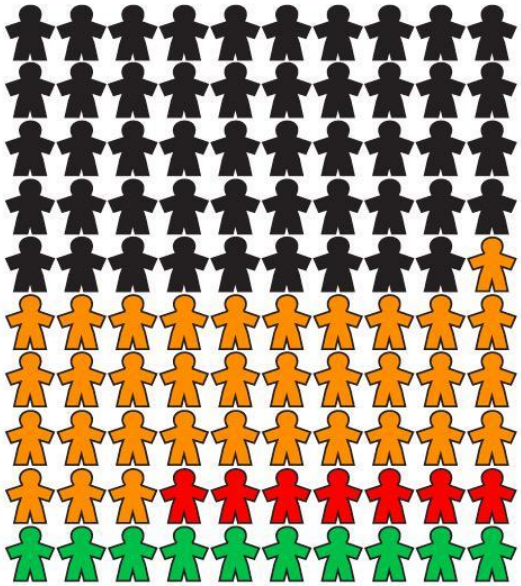
Long-Term Outcomes in Elderly Survivors of In-Hospital Cardiac Arrest

Paul S. Chan, M.D., Brahmajee K. Nallamothu, M.D., M.P.H., Harlan M. Krumholz, M.D., John A. Spertus, M.D., M.P.H., Yan Li, Ph.D., Bradley G. Hammill, M.S., and Lesley H. Curtis, Ph.D., for the American Heart Association Get with the Guidelines–Resuscitation Investigators*

CONCLUSIONS

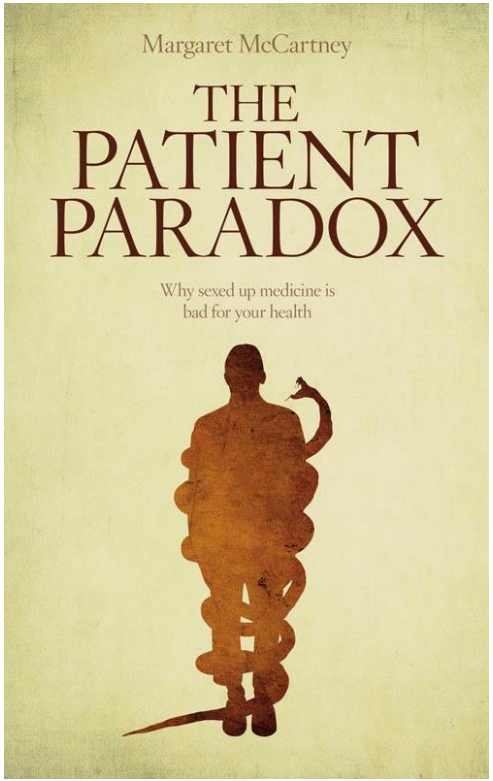
Among elderly survivors of in-hospital cardiac arrest, nearly 60% were alive at 1 year, and the rate of 3-year survival was similar to that among patients with heart failure. Survival and readmission rates differed according to the demographic characteristics of the patients and neurologic status at discharge. (Funded by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute.)

N ENGL J MED 368;11 NEJM.ORG MARCH 14, 2013

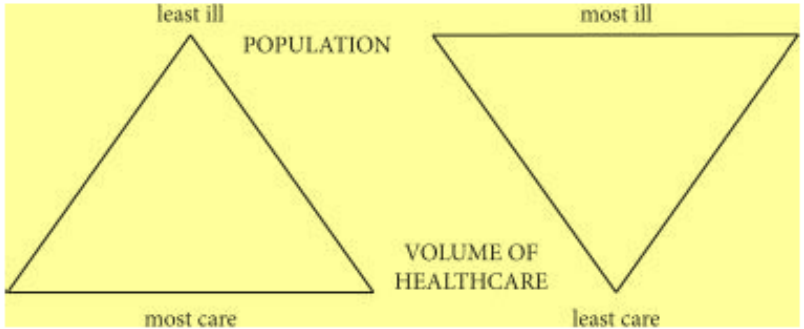


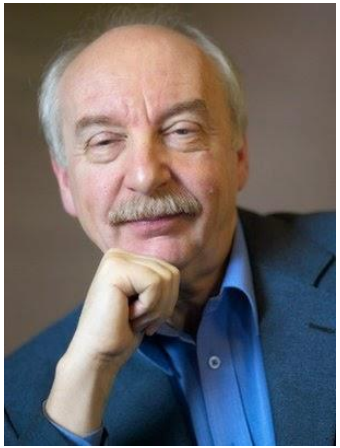
3

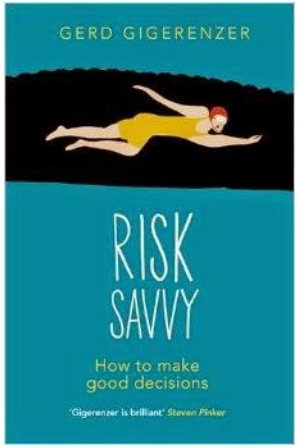
SOBREDIAGNÓSTICO



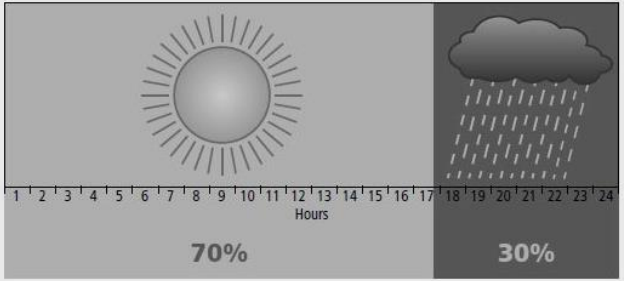
Ley de la asistencia sanitaria inversa según el Dr. Julian Tudor Hart. Lancet 1971

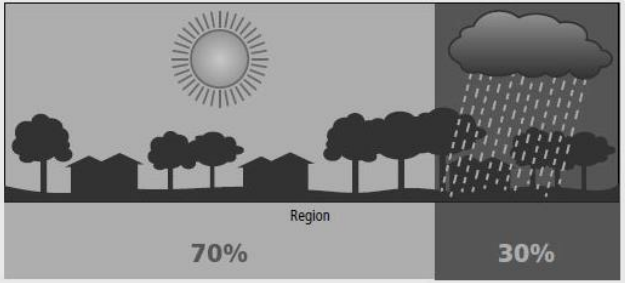


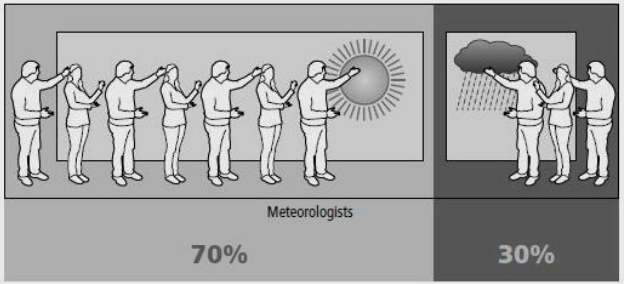




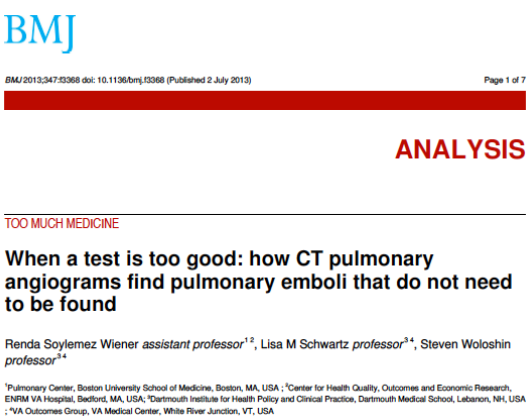
¿Qué quiere decir Google cuando anuncia que las probabilidades de que llueva son del 30%?







A propósito del embolismo pulmonar



BMJ

BMJ 2013;347:f3368 doi: 10.1136/bmj.f3368 (Published 2 July 2013)

ANALYSIS

TOO MUCH MEDICINE

When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found

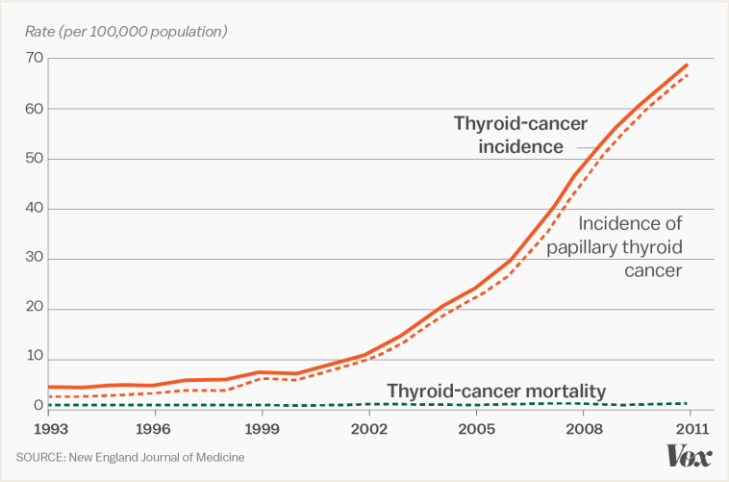
Renda Soylemez Wiener *assistant professor*[1 2], Lisa M Schwartz *professor*[3 4], Steven Woloshin *professor*[3 4]

[1]Pulmonary Center, Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA ; [2]Center for Health Quality, Outcomes and Economic Research, ENRM VA Hospital, Bedford, MA, USA; [3]Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Dartmouth Medical School, Lebanon, NH, USA ; [4]VA Outcomes Group, VA Medical Center, White River Junction, VT, USA

Evolución de las principales variables 1998-2006 en EEUU

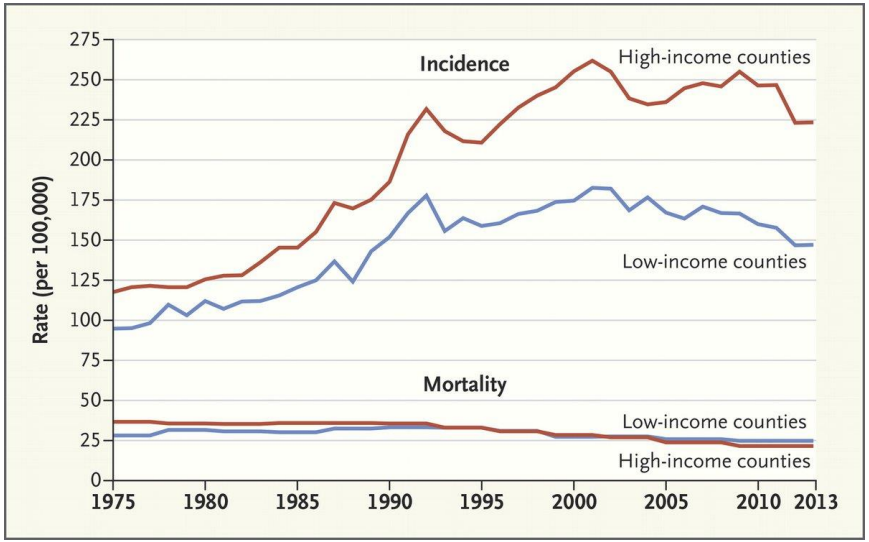
Aumento de la incidencia	+80%
Mejora del pronóstico	+35%
Estabilidad mortalidad ajustada	-3%
Aumento de complicaciones de tratamiento	+71%

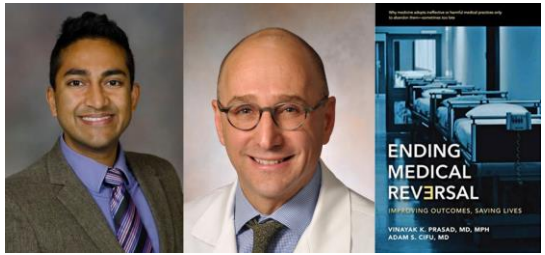
El problema de ser joven en Corea del Sur: el caso del cáncer de tiroides



De los 40.000 casos diagnosticados el año 2011, 30.000 fueron intervenidos de tiroidectomía radical (con tratamiento hormonal sustitorio de por vida), 3.000 sufren hipoparatiroidismo, mientras que unos 600 han quedado disfónicos.

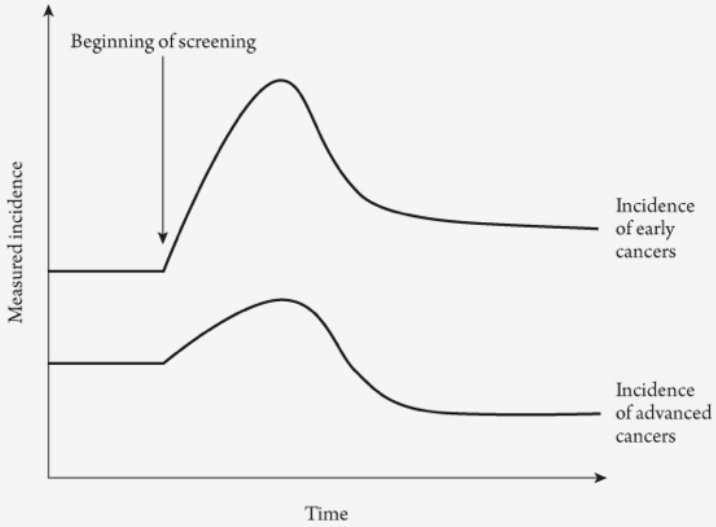
El problema de ser rico en EEUU: el caso de los cánceres de mama, tiroides, próstata y melanoma





Los tres objetivos de los programas de cribado:

1. Descubrir tumores antes de que se manifiesten
2. Reducir la mortalidad específica
3. Reducir la mortalidad general



4.1 How a screening test should work.

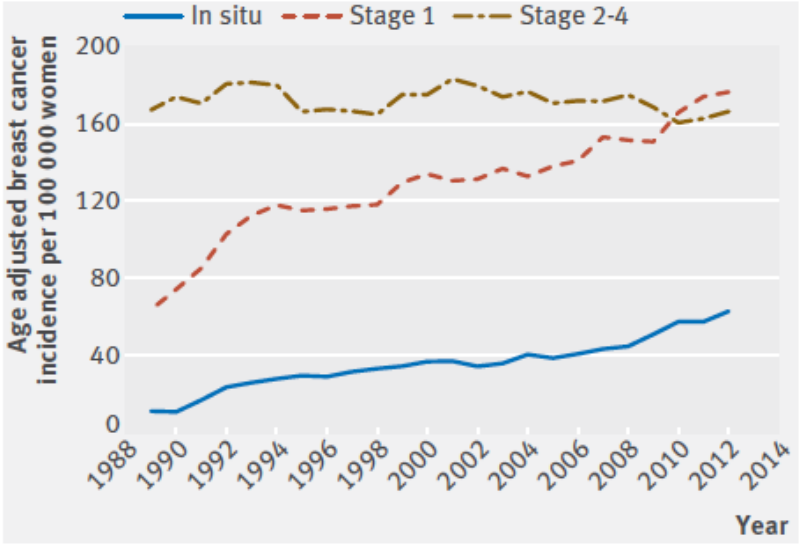


Fig 3 | Trends in age adjusted breast cancer incidence by stage in women aged 50 or more in the Netherlands, 1989 to 2012

Breast Cancer Early Detection

HARDING CENTER FOR RISK LITERACY

by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years

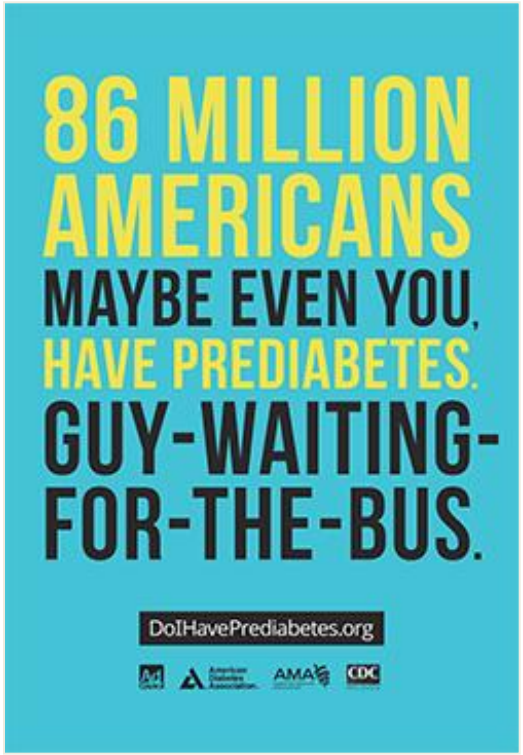
Benefits	1,000 women without screening	1,000 women with screening
How many women died from breast cancer?	5	4*
How many women died from all types of cancer?	21	21
Harms		
How frequent were false diagnoses, often associated with months of waiting for all-clear?	–	100
How many women were additionally diagnosed and operated** for breast cancer?	–	5

* This means that about 4 out of 1,000 women (50+ years of age) with screening died from breast cancer within 10 years – one less than without screening.

** Complete or partial breast removal

Source: Gøtzsche, PC, Nielsen, M (2011). *Cochrane database of systematic reviews* (1): CD001877.
Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.


'What if I decide to
'What if I decide to just do nothing?'
Breast cancer's new frontier
By Siobhan O'Connor



thebmj

BMJ 2014;349:g4485 doi: 10.1136/bmj.g4485 (Published 16 July 2014) Page 1 of 6

ANALYSIS

TOO MUCH MEDICINE

The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics

John S Yudkin *emeritus professor of medicine*[1], Victor M Montori *professor of medicine*[2]

[1]Division of Medicine, University College London, London, UK; [2]Knowledge and Evaluation Research Unit, Division of Endocrinology and Diabetes, Departments of Medicine and Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

Statin wars

BMJ

BMJ 2013;347:f6123 doi: 10.1136/bmj.f6123 (Published 22 October 2013)

ANALYSIS

Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin?

A review of statins for primary prevention of cardiovascular disease could alter guidance for those with a 10 year risk of less than 10%. **John Abramson and colleagues** argue that statins have no overall health benefit in this population and that prescribing guidelines should not be broadened

John D Abramson *lecturer* [1], Harriet G Rosenberg *professor emeritus*[2], Nicholas Jewell *professor*[3], James M Wright *co-managing director and chair*[4]

BMJ Open

Lack of an association or an inverse association between low-density-lipoprotein cholesterol and mortality in the elderly: a systematic review

Uffe Ravnskov,[1] David M Diamond,[2] Rokura Hama,[3] Tomohito Hamazaki,[4] Björn Hammarskjöld,[5] Niamh Hynes,[6] Malcolm Kendrick,[7] Peter H Langsjoen,[8] Aseem Malhotra,[9] Luca Mascitelli,[10] Kilmer S McCully,[11] Yoichi Ogushi,[12] Harumi Okuyama,[13] Paul J Rosch,[14] Tore Schersten,[15] Sherif Sultan,[6] Ralf Sundberg[16]

To cite: Ravnskov U, Diamond DM, Hama R, *et al*. Lack of an association or an inverse association between low-density-lipoprotein ch in re e0 br

ABSTRACT

Objective: It is well known that total cholesterol becomes less of a risk factor or not at all for all-cause and cardiovascular (CV) mortality with increasing age, but so little is known as to whether low-density

Conclusions: High LDL-C is inversely associated with mortality in most people over 60 years. This finding is inconsistent with the cholesterol hypothesis (ie, that cholesterol, particularly LDL-C, is inherently atherogenic). Since elderly people with high LDL-C live as long or longer than those with low LDL-C, our analysis provides reason to question the validity of the cholesterol hypothesis. Moreover, our study provides the rationale for a re-evaluation of guidelines recommending pharmacological reduction of LDL-C in the elderly as a component of cardiovascular disease prevention strategies.

Strengths and limitations of this study

- This is the first systematic review of cohort studies where low-density lipoprotein cholesterol
- some of them may have started with a diet able to influence the risk of mortality.
- We may have overlooked a small number of relevant studies because we only searched papers in English.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Dr Uffe Ravnskov;
ravnskov@tele2.se

INTRODUCTION

Rationale

For decades, the mainstream view has been that an elevated level of total cholesterol (TC) is a primary cause of atherosclerosis and cardiovascular disease (CVD). There are several contradictions to this view, however. No study of unselected people has found an association between TC and degree of atherosclerosis.[1] Moreover, in most of the Japanese epidemiological studies, high TC is not a risk factor for stroke, and further, there is an inverse association between TC and all-cause mortality, irrespective of age and sex.[2]

In a recent meta-analysis performed by the Prospective Studies Collaboration, there was

Las personas mayores tienen una vida más o menos larga al margen de sus niveles de colesterol.
Este hallazgo desmonta la teoría del colesterol

BMJ Open

Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews

Dylan R J Collins,[1] Alice C Tompson,[1] Igho J Onakpoya,[1] Nia Roberts,[2] Alison M Ward,[1] Carl J Heneghan[1]

To cite: Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, *et al*. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2017;**7**:e013650. doi:10.1136/bmjopen-2016-

ABSTRACT

Objective: To identify, critically appraise and summarise existing systematic reviews on the impact of global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease (CVD) in adults.

Design: Systematic review of systematic reviews published between January 2005 and October 2016 in The Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE or CINAHL databases, and post hoc analysis of primary trials.

low), low-density lipoprotein cholesterol (MD −0.15 mmol/L (95% CI −0.26 to −0.05), I^2=47%; n=4; GRADE: very low) and smoking cessation (RR 1.62 (95% CI 1.08 to 2.43); I^2=17%; n=7; GRADE: low). The median follow-up time of reported RCTs was 12 months (range 2–36 months).

Conclusions: The quality of existing systematic reviews was generally poor and there is currently no evidence reported in these reviews that the prospective use of global cardiovascular risk assessment translates to reductions in CVD morbidity or mortality. There are reductions in SBP, cholesterol and smoking but they may not be clinically significant given their small effect size and short duration. Resources need to be directed to conduct high-quality systematic reviews focusing on hard patient outcomes, and likely further primary RCTs.

Trial registration number: CRD42015019821.

Strengths and limitations of this study

- This systematic review summarises evidence from six systematic reviews on the use of global cardiovascular disease (CVD) risk assessment for the primary prevention of CVD in adults and reports important patient outcomes.
- The quality of the systematic reviews was assessed using Assessing the Methodological

La exactitud de las escalas de riesgo ha sido escasamente evaluada. Los clínicos deberían conocer las limitaciones de los instrumentos de medida que usan

cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death worldwide.[1] Contrary to popular belief, death and disability from CVD is also a major burden in low-resource settings[2 3] and despite impressive global reductions in mortality over the last two decades, years-of-life-lost due to CVD is rising in low-income and middle-income countries.[4] Prevention is therefore a worldwide priority.

Global CVD risk assessment (also referred to as *absolute risk assessment, total risk assessment or risk scoring*) is an integrated approach to prevention that recognises the hazards of multiple risk factors to determine the absolute risk of experiencing a CVD event in a given time period. Almost all CVD guidelines recommend some form of risk scoring as a

[1]Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford, UK
[2]Bodleian Health Care Libraries, University of Oxford, Oxford, UK

Correspondence to
Dylan R J Collins;
dylan.collins@phc.ox.ac.uk

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease (Review)

Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, Wright N, Clarke A, Rees K

No se han encontrado certezas de que la práctica sistemática de la evaluación del riesgo cardiovascular mejore la efectividad clínica.

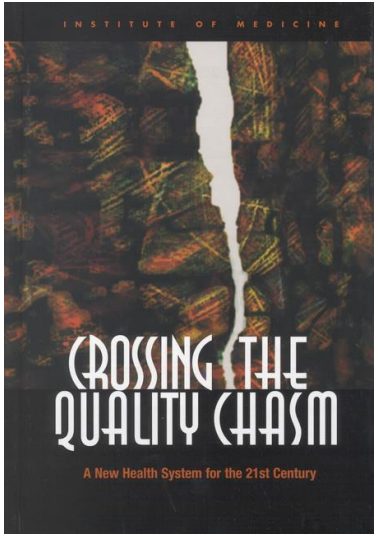
Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, Wright N, Clarke A, Rees K.
Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD010411.
DOI: 10.1002/14651858.CD010411.pub2.

www.cochranelibrary.com

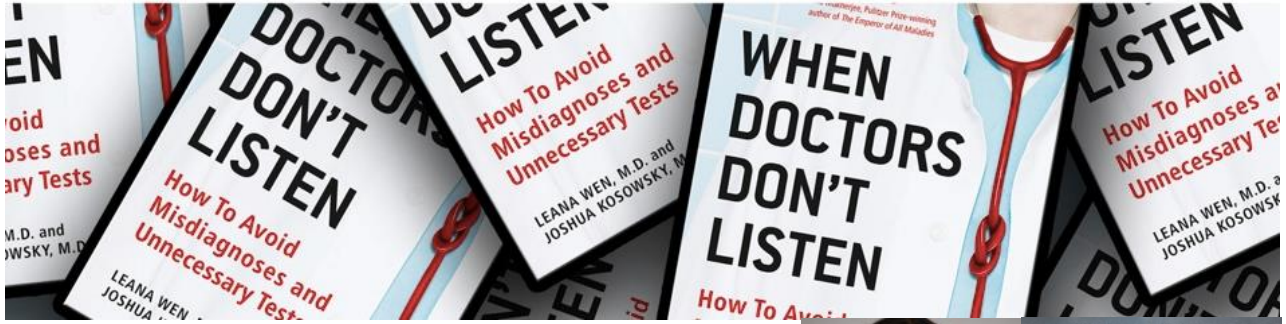
WILEY

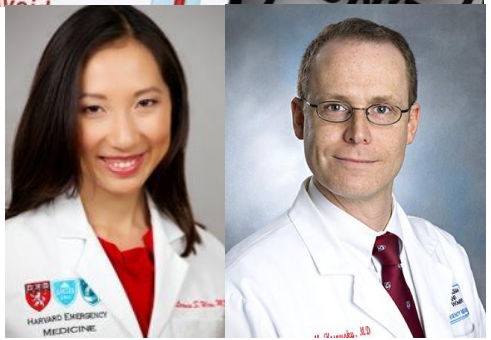
4

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE



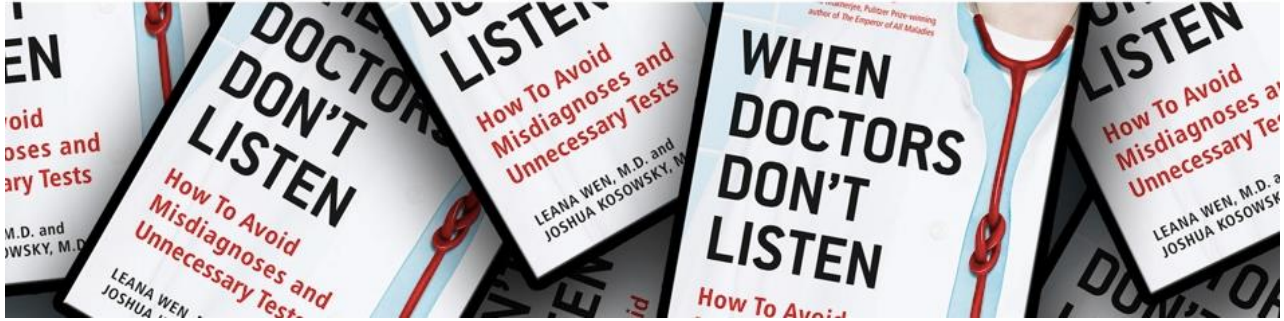
La atención centrada en las personas es la provisión de servicios sanitarios que es respetuosa con las preferencias, las necesidades y los valores de las personas, y además garantiza que esta política se mantendrá a lo largo de todo el proceso clínico.





Los médicos de hoy, amparados por las guías de práctica clínica, se han preparado para ejercer una medicina de manual (*cookbook medicine*)

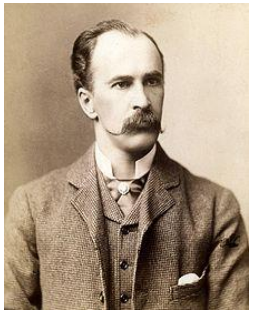
Hay que volver al razonamiento clínico fundamentado en el teorema de Bayes, y abandonar la caza de cebras en Texas.



“La medicina exageradamente tecnificada está generando numerosos errores diagnósticos, precisamente porque muchos pacientes relatan historias inconcretas (o incluso extrañas), sencillamente no se saben explicar, tienen problemas de memoria o no están en su pleno conocimiento como para decidir si tienen que contestar sí o no al formulario de turno. También puede ocurrir que el enfermo esté asustado o que esconda detalles debido a que piensa que si los desvela, pueden contrariar al médico”.

Recomendaciones del Dr. Sands para médicos:

1. Saber recomendar páginas web
2. Ofrecer contactos con otros pacientes similares
3. Ofrecer dirección de correo electrónico
4. Interesarse por las preocupaciones de los pacientes
5. Hablar de pros y contras de cada opción terapéutica
6. Estimular que el paciente hable de sus preferencias
7. Preguntar al paciente qué ha entendido
8. Compartir informes, resultados y notas clínicas



William Osler
1849-1919

Osler: **Escucha al paciente porque te está contando el diagnóstico**

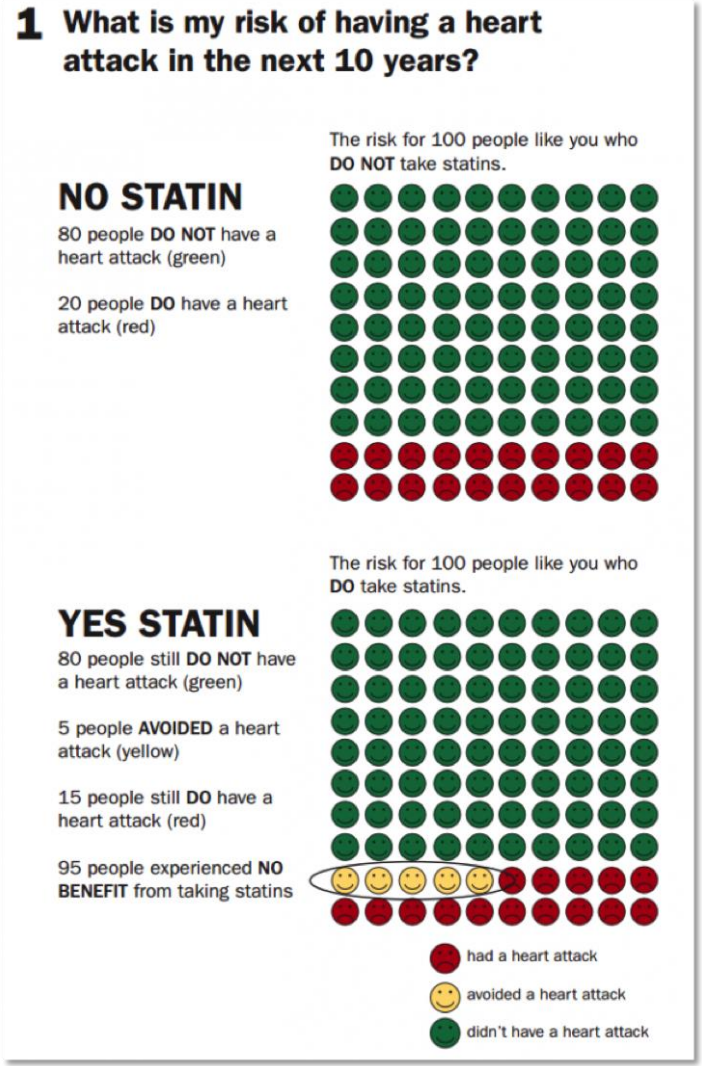
1. Según varios estudios, el tiempo que los médicos conceden al monólogo de los pacientes está entre 30 y 12 segundos
2. Sólo el 26% de los pacientes consiguen explicar su relato sin interrupciones
3. En el 37% de las entrevistas clínicas, el médico no acaba enterándose de la preocupación real del paciente
4. La adherencia a los tratamientos en pacientes crónicos no llega al 50%

El experimento del monólogo del paciente

Varios estudios han observado que, con una gran variabilidad, el tiempo medio del monólogo del paciente es de 92 segundos

Aprender a: escuchar, comprender y compartir

Según Víctor Montori, la decisión compartida es una expresión humana de la atención solidaria y cuidadosa del paciente, en la que ambos protagonistas deberían llegar juntos a una resolución que debe tener sentido intelectual, emocional y práctico. Los materiales de apoyo son una ayuda, no un fin.



Víctor Montori
Endocrinologist
Mayo Clinic

Médicos y enfermeras deben aprender a conjugar mejor los verbos **escuchar**, **comprende**r y **compartir**, por encima de *informar*, *formar* y *educar*

5

MEDICINA FRAGMENTADA

La medicina fragmentada y los pacientes crónicos complejos y/o geriátricos frágiles

Médico de familia

Internista

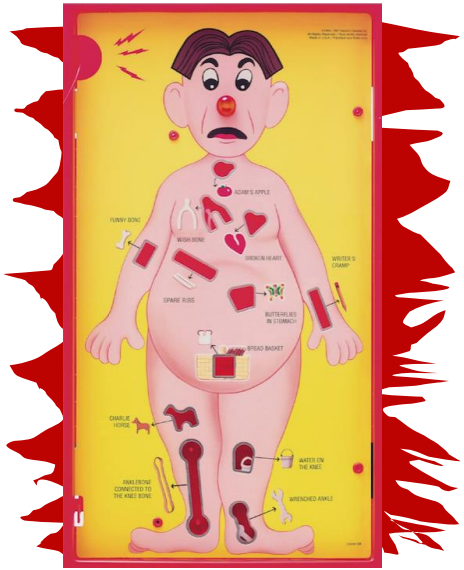
Endocrinólogo

Cardiólogo

Neumólogo

Neurólogo

Etc.



Multiplicidad de visitas

Inestabilidad clínica

Dificultades de comprensión

Pruebas diagnósticas excesivas

Polifarmacia y baja adherencia

Frecuentación a urgencias

Hospitalizaciones evitables

Síndrome de post-hospitalización


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program

Stephen F. Jencks, M.D., M.P.H., Mark V. Williams, M.D., and Eric A. Coleman, M.D., M.P.H.


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

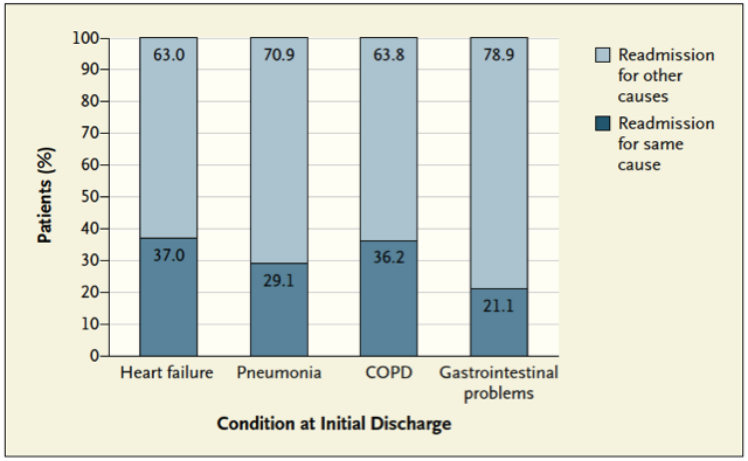
HOME | ARTICLES & MULTIMEDIA | ISSUES | SPECIALTIES & TOPICS | FOR AUTHORS | CME

Perspective

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

Harlan M. Krumholz, M.D.

N Engl J Med 2013; 368:100-102 | January 10, 2013 | DOI: 10.1056/NEJMp1212324



Proportions of Rehospitalizations for Causes Other Than the Condition at Initial Discharge.
Data are from Jencks et al.[1]

2/3 o más de los pacientes que reingresan lo hacen por causas distintas al ingreso inicial, lo cual induce a pensar que la atención desproporcionada, y hasta cierto punto exclusiva, a la causa del ingreso puede estar mal orientada.

El Dr. Harlan Krumholz atribuye el síndrome de post-hospitalización a factores de estrés durante el ingreso: *alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos, déficits alimentarios, dolor, falta de actividad física, medicación que altera el estado cognitivo o noticias adversas difíciles de encajar.*

"Si fueras una persona mayor y frágil y te dijeran que existe un fármaco que aumenta en un 22% tus probabilidades de volver a casa después de una hospitalización, ¿dejarías que te ingresaran en un hospital que no dispone de este producto?"

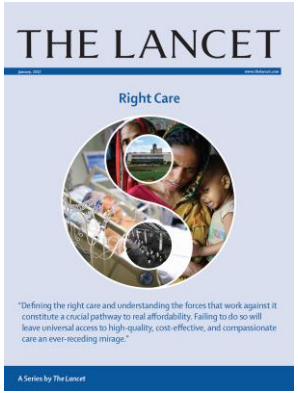
Ethan Cumbler
Director Acute Care for the Elderly Service
University of Colorado Hospital

La evaluación geriátrica integral aumenta las probabilidades de sobrevivir a un ingreso urgente y, además, los costes se reducen. Estos resultados son especialmente buenos si los pacientes ingresan en una UGA.

6

PRÁCTICAS CLÍNICAS DE VALOR

Xifres del malbaratament



Avoiding overuse—the next quality frontier

Published Online January 8, 2017 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3

See Online/Series http://dx.doi.org/10.1016/PII, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32379-0, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3, and http://dx.doi.org/10.1016/PII

As nations move toward universal health coverage zero sum choices—what public health care gets, public (UHC), ployers, people he USA,[1] care. Th ncomes, when healthy n health harmfu e needs Poor q lth care high-in at does tax rate Series in

Las prácticas clínicas inapropiadas consumen entre el 25% y el 33% de los presupuestos sanitarios de todos los paises del mundo

Donald Berwick. Institute for Healthcare Improvement

www.thelancet.com

Fonts ”right care”

thebmj

BMJ 2016;353:i2452 doi: 10.1136/bmj.i2452 (Published 16 May 2016)

ANALYSIS

Making evidence based medicine work for individual patients

Margaret McCartney and colleagues argue that new models of evidence synthesis and shared decision making are needed to accelerate a move from guideline driven care to individualised care

¿Cómo conseguir que la MBE llegue de manera efectiva a los pacientes? Potenciar píldoras sintéticas de evidencia y promover la decisión compartida, con el fin de acelerar el paso de la práctica dirigida por las guías, a la medicina individualizada.

Fuentes ”right care”

TOO MUCH MEDICINE

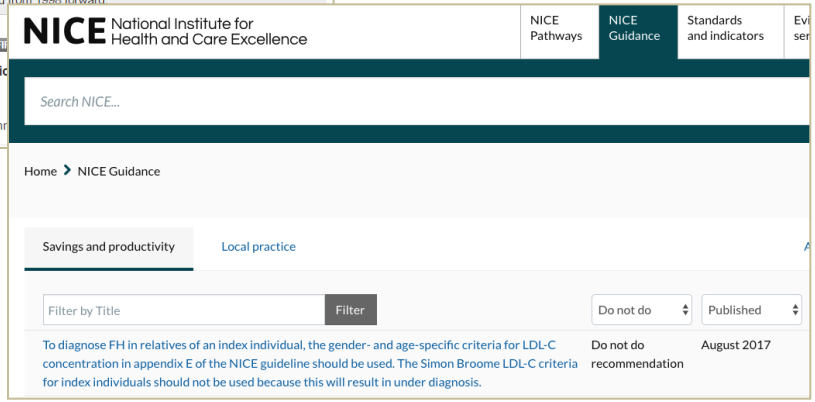
BMJ

2002

216 artículos

JAMA Performance Improvement: **Do No Harm**

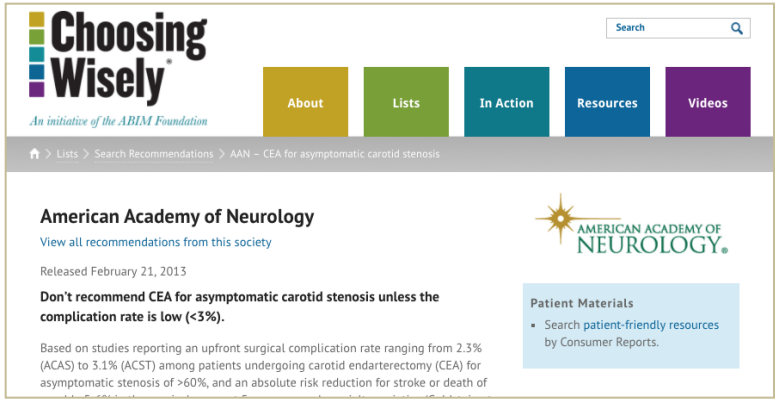
279 artículos



2006

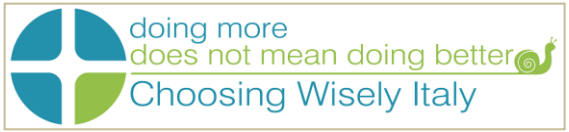
1.313 recomendaciones

Fuentes ”right care”



2012

481 recomendaciones



DianaSalud Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

ciberesp

Idioma ES EN

Inicio Quiénes somos Posibles Consultas Contacto INTRANET

Noticias

Diana Salud ha incorporado 80 nuevas recomendaciones de la Iniciativa Choosing Wisely Australia.

Los mejores colegios, sociedades y asociaciones de Australia han desarrollado listas de recomendaciones de las pruebas, los tratamientos y los procedimientos que los proveedores de servicios de salud y los consumidores deberían cuestionar. Diana Salud ha incorporado las últimas recomendaciones de las especialidades: pediatría, medicina del trabajo, geriatría, inmunología/alergología, entre otras, de esta iniciativa.

Para que operen correctamente todas las funcionalidades de esta página web, se recomienda utilizar los siguientes navegadores:

Internet Explorer 9 o superior Mozilla Firefox 5 o superior Google Chrome

Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

Búsqueda de Recomendaciones / Análisis

Algunas de las iniciativas ...

Total: 25

MAPAC Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica

Iniciativa MAPAC (Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica)

CIBERESP: Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública / Biomedical Research Consortium in Epidemiology and Public Health

España

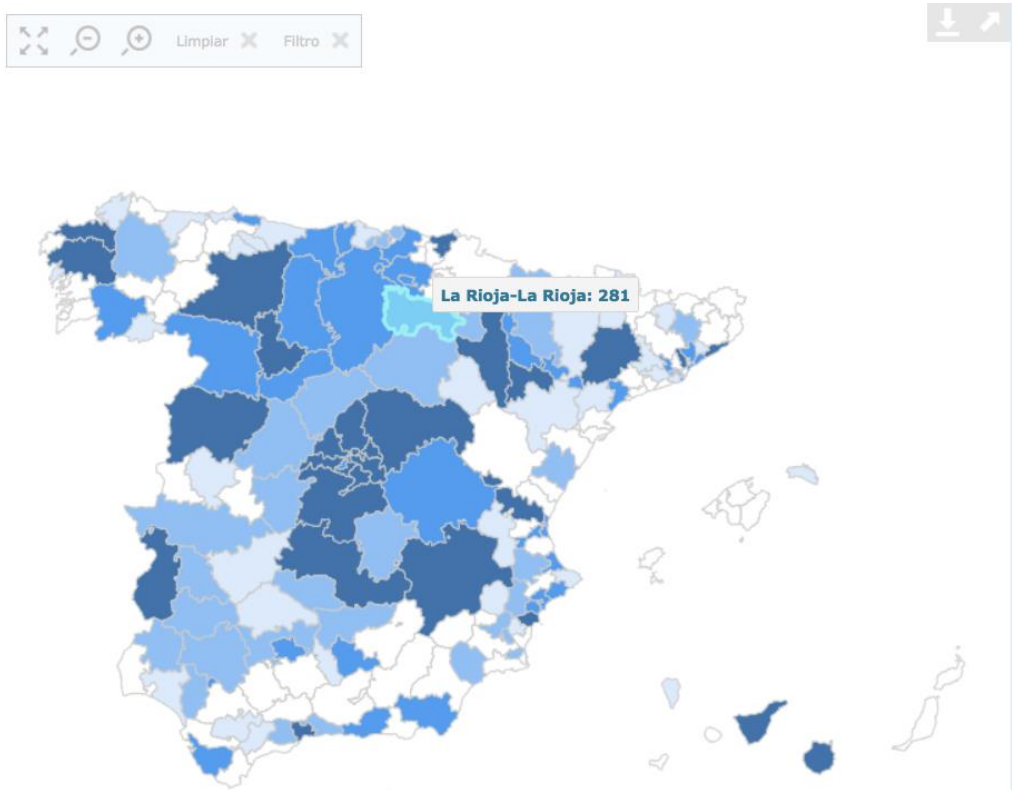
http://www.dianasalud.com/index.php/quienes_somos

Essencial: Afegint valor a la pràctica clínica [Essencial: Adding value to the clinical practice]

Agència d'Avaluació i Qualitat Sanitàries de Catalunya (AQuAS) [Health

VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Médica EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- OBSTETRICIA
  - Porcentaje de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo en mujeres entre 15 y 55 años en 2015
  - Exceso de casos de cesáreas en bajo riego obstétrico sobre partos de bajo riesgo respecto a la tasa nacional del p25 en 2015
  - Porcentaje de episiotomías respecto al total de partos vaginales en mujeres entre 15 y 55 años en 2015
  - **Exceso de episiotomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2015**
- PEDIATRÍA
- CIRUGÍA DE LA MANO
- GINECOLOGÍA
- CIRUGÍA CARDIACA



a203o.shp

- Áreas del percentil 25 o no significativamente distintas
- Q1 (18-115)
- Q2 (118-179)
- Q3 (180-352)
- Q4 (356-963)

Institute for Healthcare Improvement

Improving Health and Health Care Worldwide

SEARCH

ABOUT US | TOPICS | EDUCATION | RESOURCES | REGIONS | ENGAGE WITH IHI

Home / Engage with IHI / Initiatives / **Triple Aim - The Best Care for the Whole Population at the Lowest Cost**

Initiatives

- Overview
- Are You Ready to Pursue the Triple Aim? »
- IHI Triple Aim Measures »
- Materials »
- Success Stories »
- IHI Triple Aim Prototyping Partners »

MORE INFORMATION?

Email:
TripleAim@ihi.org

IHI Triple Aim Initiative

Better Care for Individuals, Better Health for Populations, and Lower Per Capita Costs

SHARE

The IHI Triple Aim

The IHI Triple Aim is a framework developed by the Institute for Healthcare Improvement that describes an approach to optimizing health system performance. It is IHI's belief that new designs must be developed to simultaneously pursue three dimensions, which we call the "Triple Aim":

- Improving the patient experience of care (including quality and satisfaction);
- Improving the health of populations; and
- Reducing the per capita cost of health care.

Why the Triple Aim?

The US health care system is the most costly in the world, accounting for 17% of the gross domestic product with estimates that percentage will grow to nearly 20% by 2020. [Source: National Healthcare Expenditure Projections, 2010-2020. Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary.] At the same time, countries with health systems that out-perform the US are also under pressure to derive greater value for the

TRIPLE AIM RESOURCES

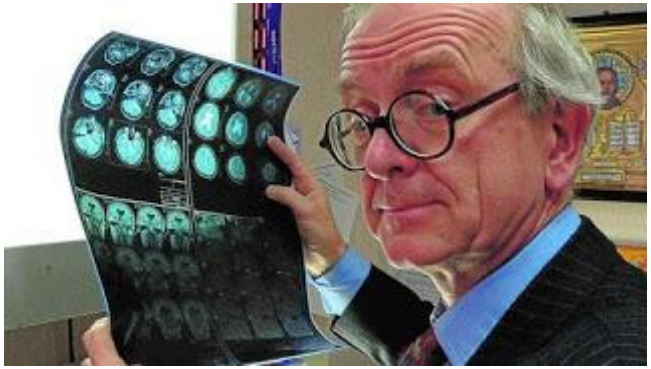
Visit the Triple Aim Topic page for publications, tools, and other resources such as these:

- A Guide to Measuring the Triple Aim
- Pursuing the Triple Aim: The First Seven Years

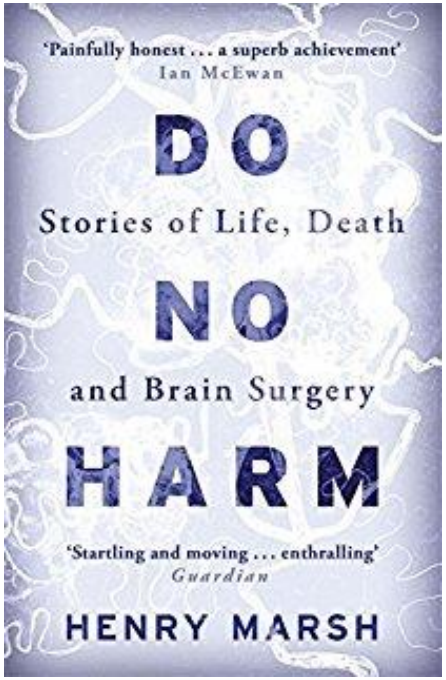
Learn More >>

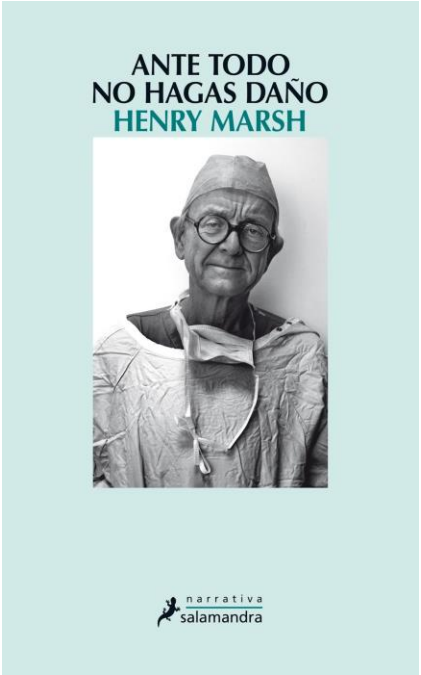
ARE YOU READY TO PURSUE THE TRIPLE AIM?

Use the assessment tool to find out.



Saber analizar los errores para no parar nunca de aprender





RECOMENDACIONES

1. Más formación en comprensión del riesgo y en decisiones clínicas compartidas
2. Investigación de mayor calidad y más próxima a las necesidades reales de la clínica
3. Más trabajo interno para promover las prácticas clínicas de valor
4. Más pensamiento clínico para combatir el sobrediagnóstico
5. Medicina más personalizada y menos guías de manual
6. Escuchar más lo que dicen los pacientes
7. Más análisis de los errores
8. Más trabajo en equipo multidisciplinar y menos medicina fragmentada