

La calidad de la salud como consecuencia de la Medicina basada en la evidencia: lo que tanto deseamos

Javier González de Dios

Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Dr. Balmis

Universidad Miguel Hernández, Alicante, España



Conflictos de interés

Respecto a esta presentación

La calidad de la salud como consecuencia de la Medicina basada en la evidencia: lo que tanto deseamos

No presento ningún conflictos de interés con el tema a tratar

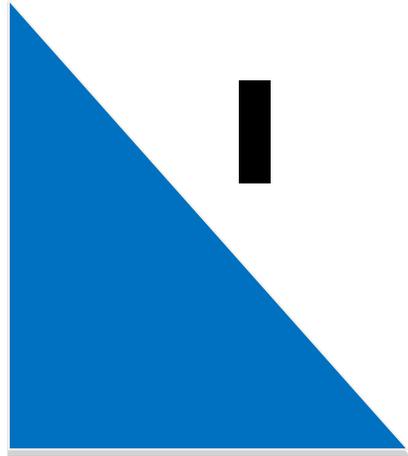
Esta ponencia es una reflexión de tres décadas y media de profesión - con sus errores y aciertos - compartida con los compañeros de los cinco Servicios de Pediatría en los que he podido ejercer mi trabajo



Guión

- I. Aproximación a la CALIDAD EN SALUD
- II. GESTIONAR en busca de la (H)EXCELENCIA
- III. Claves para sobrevivir a la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA... y no morir en el intento
- IV. De la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA a la MEDICINA APROPIADA





Aproximación a la CALIDAD EN SALUD



Definición de CALIDAD EN SALUD



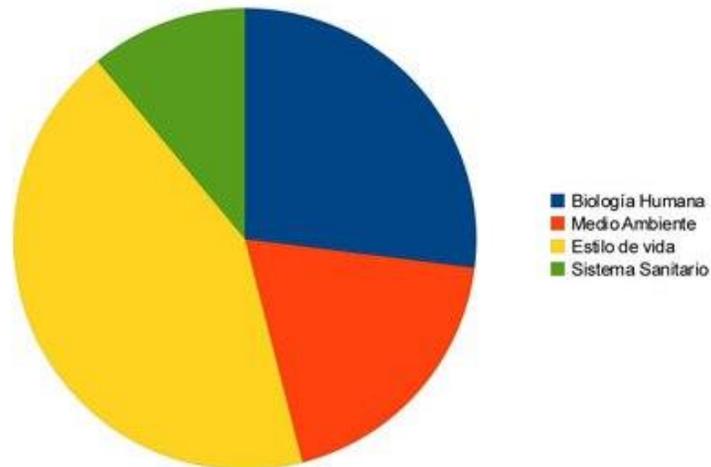
La OMS define la calidad en salud como “asegurar que **cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado** para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”



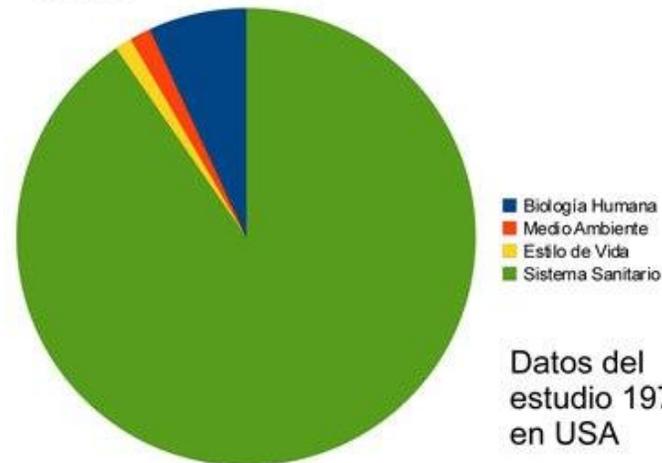
Determinantes de la SALUD



Importancia del factor en la salud



Gasto público en cada factor



Datos del estudio 1977, en USA

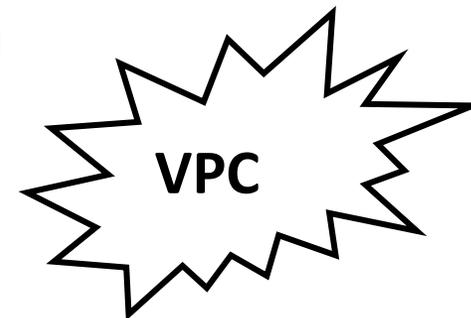


Determinantes de la CALIDAD ASISTENCIAL

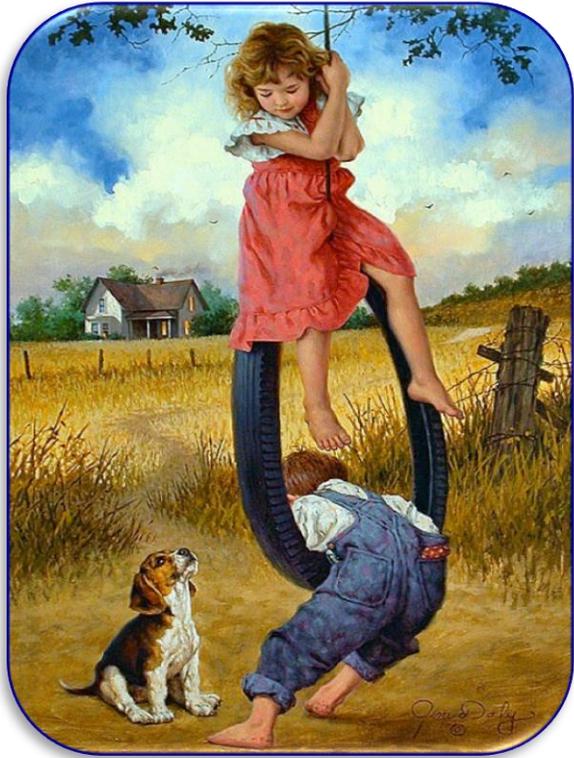


**3 niveles y
9 indicadores**

- (1) Científico-técnica**
- (2) Relacional-percibida**
- (3) Organizativo-económica**



a) Gestión de la Calidad CIENTÍFICO-TÉCNICA



- **Eficacia:** derivada de las mejores pruebas científicas a través del paradigma de la MBE
- **Efectividad:** continuidad asistencial intra y extrahospitalaria, médica y social
- **Seguridad:** una de las claves de la sanidad del siglo XXI es la cultura de gestión de riesgos



b) Gestión de la Calidad RELACIONAL-PERCIBIDA



- **Información:** responder sobre quién, dónde y cómo realizar la atención de cada paciente y recursos disponibles
- **Aceptabilidad:** facilitar coordinación interconsultas, consultas únicas y alternativas a la hospitalización, así como la humanización
- **Satisfacción:** de clientes externos (pacientes y familias) y de clientes internos (profesionales sanitarios)



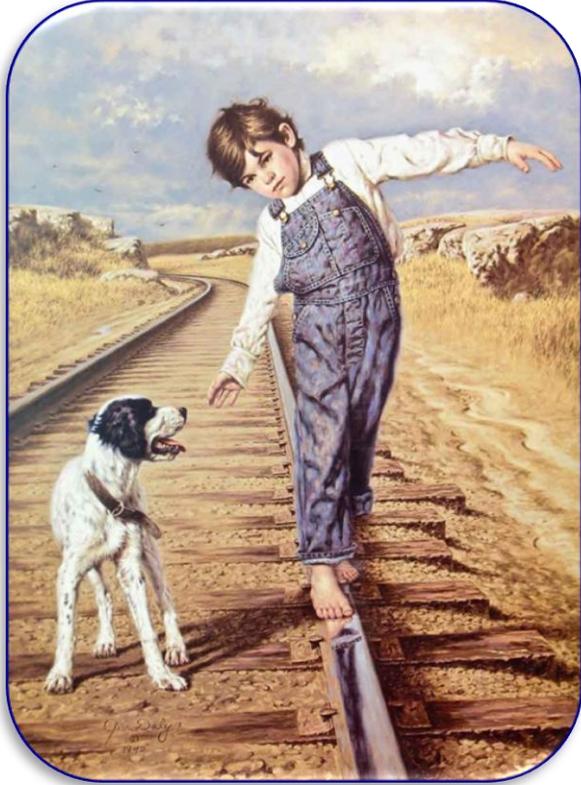
c) Gestión de la Calidad ORGANIZATIVO-ECONÓMICA



- **Eficiencia:** concepto bioético del “coste-oportunidad” y evitar la mala utilización y sobreutilización de recursos
- **Accesibilidad:** información escrita, telefónica y on-line; servicios de mediación
- **Equidad:** eliminar variaciones en los servicios fundamentado en características personales



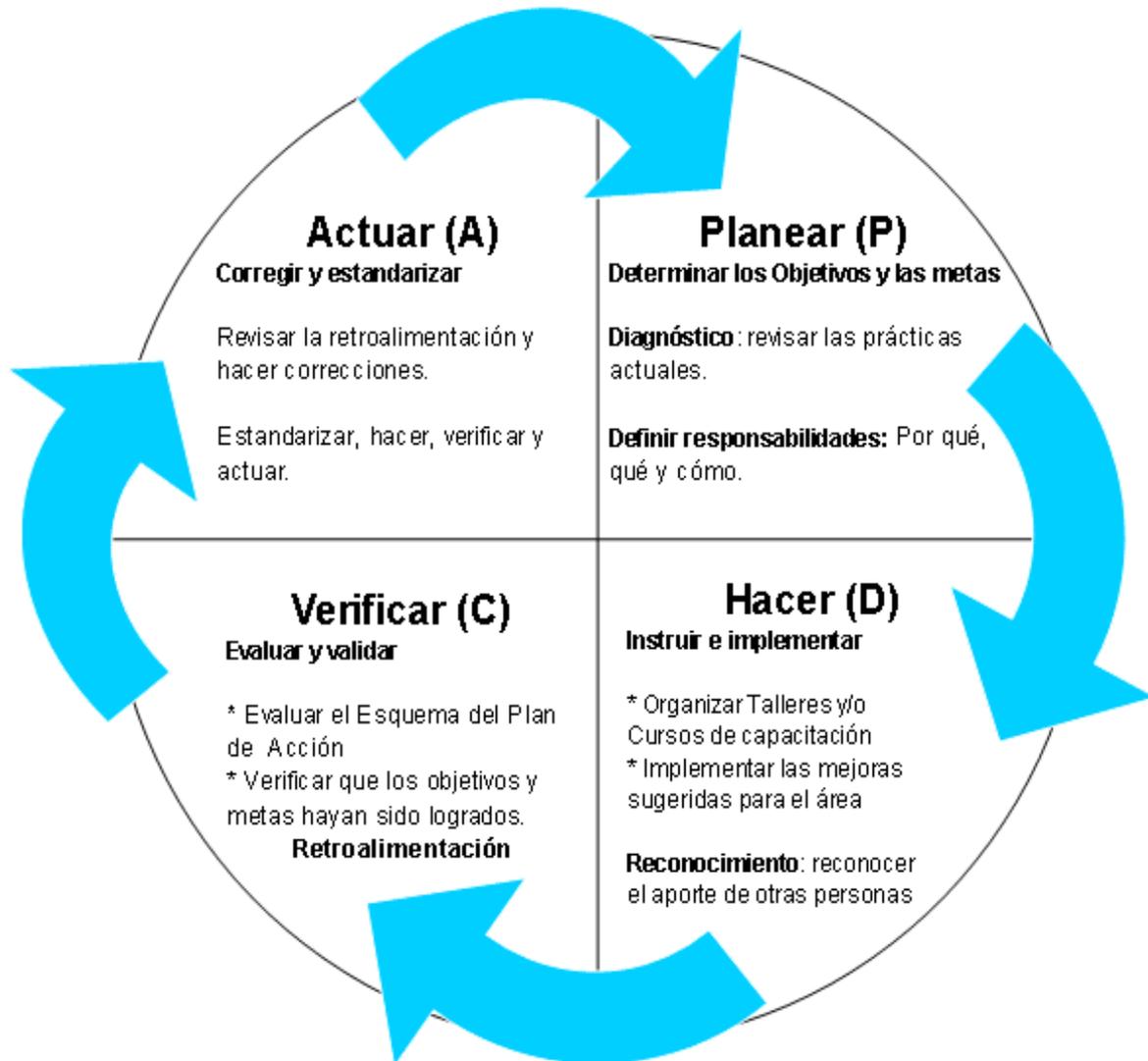
d) Gestión de la VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA



- **La VPC** constituye una de las razones principales por la que se empezó a hablar de calidad asistencial
- **Se distinguen dos tipos de VPC:** la lícita (la que hace de la medicina un arte) y la ilícita
- **Estrategias frente la VPC ilícita:** 1) la MBE; 2) las técnicas de consenso; 3) la estandarización de la práctica clínica con protocolos, guías y vías clínicas



Plan de MEJORA CONTINUA



7 PASOS

1. Identificar el problema
2. Cuantificar y clarificar el problema
3. Análisis de causas raíces
4. Establecimiento de metas
5. Diseño de soluciones
6. Implantación de soluciones y evaluación de resultados
7. Acciones de garantía

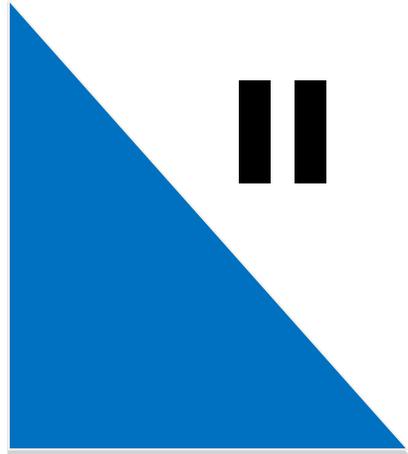


4 PASOS para un programa de calidad



- **Gestión del conocimiento con MBE**
- **Procesos asistenciales con STEEEP**
- **Participación multidisciplinar con EQUIPOS**
- **Intervención paciente-familia con EMPODERAMIENTO**





GESTIONAR en busca de la (H)EXCELENCIA



6 CLAVES para gestionar la (H)excelencia



- **Gestionar hacia la Medicina apropiada**
- **Gestionar en tiempo KISS**
- **Gestionar con (H)alma en busca de la (H)excelencia**
- **Gestionar con las 5C + 4 H**
- **Gestionar con método deliberativo**
- **Gestionar entre redes 2.0, 3.0 ... y 4.0**



1. Gestionar hacia la Medicina apropiada



Medicina Apropriada
=
Medicina basada en la evidencia (MBE)
+
Evidencia basada en la medicina (EBM)

“La medicina como la más científica de las humanidades, la más empírica de las artes, la más humana de las ciencias”

Edmund D. Pellegrino



2. Gestionar en tiempos KISS



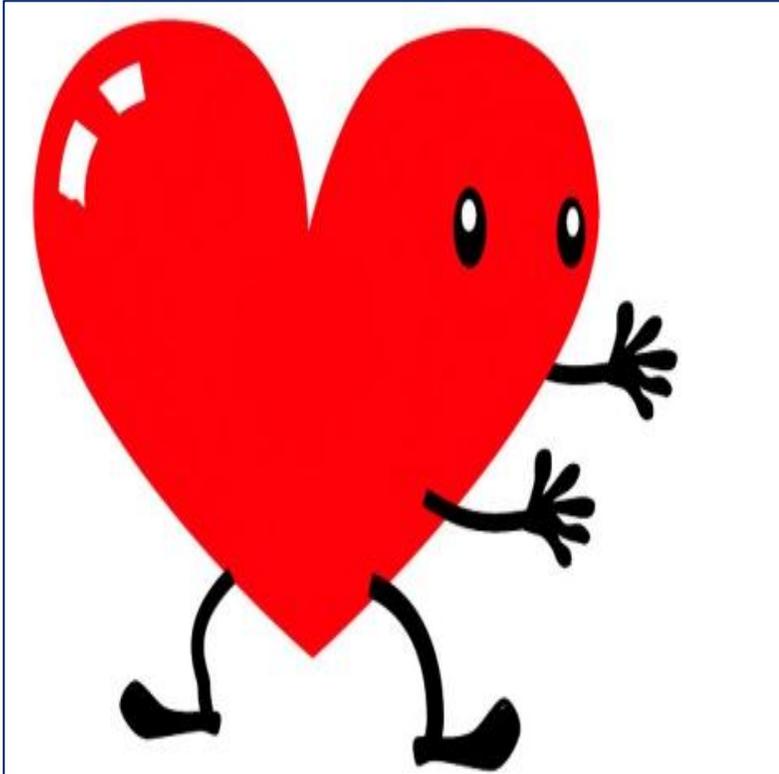
KISS
=
Keep It Simple and Short
o
Keep It Simple Stupid

“En un beso sabrás todo lo que he callado”

Pablo Neruda



3. Gestionar con (H)alma en busca de la (H)excelencia



**(H)alma y (H)excelencia
=
Honestidad + Hechos + Humildad
+
Humor + Habilidad + Heroísmo
+
Humanización**

“Son tres las cosas que le diría a un equipo para ayudarlo a mantenerse unido:

Cuando algo resulta mal: yo lo hice.

Cuando algo resulta más o menos bien: nosotros lo hicimos.

Cuando algo resulta realmente bien: ustedes lo hicieron”

Paul “Bear” Bryant



4. Gestionar con las 5 C + 4 H



5 C

+

4 H

Ciencia
Conciencia
Calidad
Color
Calor

Hacerlo bien
Hacerlo mejor
Hacerlo juntos
Hacerlo

*“Un sueño que se sueña solo es tan solo un sueño.
Pero un sueño que se sueña juntos es realidad”*

Raul Seixas



5. Gestionar con método deliberativo



Método deliberativo

=

Hechos

+

Valores

+

Deberes

“El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”

William Osler



6. Gestionar entre redes 2.0, 3.0 y... 4.0



Pediatría “líquida” y ePediatría
=
Pediatría 2.0 (Web social)
+
Pediatría 3.0 (Web semántica)
+
Pediatría 4.0 (Web ubícua)

“La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”

Eduardo Galeano



En busca del hospital "LÍQUIDO" con profesionales "SÓLIDOS"





Servicio de Pediatría

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

IV Curso de Diplomado en RCPNeonatal Completa

Fecha: 27 y 28/02/2015
Lugar: Salón de Actos (HGUA)
[Descarga PDF](#)



Hospital General
Universitari d'Alacant

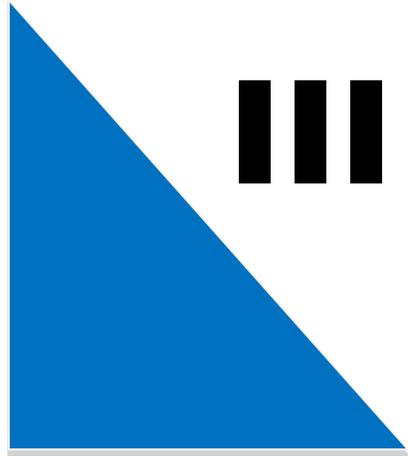
Asistencia



El Servicio de Pediatría del Departamento de Salud Alicante-Hospital General establece acciones prioritarias encaminadas a un SERVICIO DE PEDIATRÍA ORIENTADO AL PACIENTE (y su familia) y en el que se conjuguen especialmente los valores de humanización, sensibilidad, comunidad, colaboración, liderazgo y excelencia en un hospital terciario, el segundo en importancia de la Comunidad Valenciana.

<h4>Docencia</h4> 	<h4>Investigación</h4> 	<h4>Gestión</h4> 	<h4>Calidad / Ética</h4> 
---	--	--	--





Claves para sobrevivir a la **MEDICINA** **BASADA EN LA EVIDENCIA...** y no morir en el intento



El paradigma de la MBE

Evidence-Based Medicine

A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Evidence-Based Medicine Working Group

A NEW paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature.

An important goal of our medical residency program is to educate physicians in the practice of evidence-based medicine. Strategies include a weekly, formal academic half-day for residents, devoted to learning the necessary skills; recruitment into teaching roles of physicians who practice evidence-based medicine; and the development of a curriculum that emphasizes evidence-based medicine.

dose of phenytoin intravenously and the drug is continued orally. A computed tomographic head scan is completely normal, and an electroencephalogram shows only nonspecific findings. The patient is very concerned about his risk of seizure recurrence. How might the resident proceed?

The Way of the Past

Faced with this situation as a clinical clerk, the resident was told by her senior resident (who was supported in his view by the attending physician) that the risk of seizure recurrence is high (though he could not put an exact number on it) and that was the information that should be conveyed to the patient. She now follows this path, emphasizing to the patient not to drive, to continue his medication, and to see his family

year is between 43% and 51%, and at 3 years the risk is between 51% and 60%. After a seizure-free period of 18 months his risk of recurrence would likely be less than 20%. She conveys this information to the patient, along with a recommendation that he take his medication, see his family doctor regularly, and have a review of his need for medication if he remains seizure-free for 18 months. The patient leaves with a clear idea of his likely prognosis.

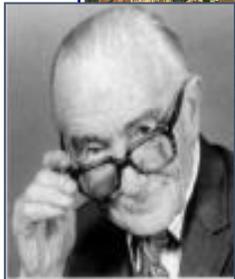
A PARADIGM SHIFT

Thomas Kuhn has described scientific paradigms as ways of looking at the world that define both the problems that can legitimately be addressed and the range of admissible evidence that may bear on their solution.⁴ When defining a paradigm, Kuhn emphasizes that it is not just a set of theories or methods, but a set of shared assumptions that define the problems that can be addressed and the range of admissible evidence that may bear on their solution.

JAMA
1992



EBMWG



¿Es realmente la MBE un nuevo paradigma científico?

Paradigma **ANTIGUO**

(medicina “autoritaria”)

Paradigma **NUEVO**

(medicina “con autoridad”)

*La M.B.E. intenta resolver de la mejor forma posible la ecuación entre lo “**deseable, lo posible y lo apropiado**” en un entorno sembrado de incertidumbre, variabilidad en la práctica clínica, sobrecarga de información, aumento de demanda y limitación de recursos*



Aspectos epistemológicos

ANTES

- 1) Observaciones
- 2) Inferencia inductiva
- 3) Formulación de hipótesis
- 4) VERIFICACIÓN



Francis Bacon



Karl R. Popper

DESPUÉS

- 1) Formulación de hipótesis
(contrastables empíricamente)
 - 2) Contrastación de hipótesis
- ↓
- 3) Supera la prueba
Aceptación provisional
- ↓
- 4) No supera la prueba
REFUTACIÓN



Toma de decisiones en la práctica clínica

Pensamiento fisiopatológico

{ inductivo
deductivo



“Infoxicación”

Variabilidad en la práctica clínica

{ lícita
ilícita

Información biomédica

{ cantidad
calidad



Los cinco pasos de la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Paso 2: BÚSQUEDA

Paso 1: PREGUNTA

TEORÍA

PRÁCTICA

Paso 3: VALORACIÓN

Paso 4: APLICABILIDAD



Paso 5: ADECUACIÓN

“La MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina”



a) Primer paso: PREGUNTA CLÍNICA ESTRUCTURADA (1)

Lo que bien empieza...

OBJETIVOS: aprender a formular PCE bien construidas y susceptibles de respuesta

FUNDAMENTOS:

- Conocer los elementos básicos de una PCE: PEcOt o PICO
- Relacionar el tipo de pregunta con el diseño epidemiológico
- Obtener de la PCE las palabras clave para la búsqueda



a) Primer paso: PREGUNTA CLÍNICA ESTRUCTURADA (2)



Elementos básicos de una pregunta

1. El tipo de **P**aciente o problema de interés:
Lactante con bronquiolitis grave
2. La **I**ntervención, **E**xposición o prueba a evaluar:
Heliox (Helio - Oxígeno)
3. La intervención, exposición o prueba a **C**omparar
Aire - Oxígeno
4. La variable de medición de resultado **O**
Necesidad ventilación asistida (Escala clínica)



a) Primer paso: PREGUNTA CLÍNICA ESTRUCTURADA (3)

... y a cada pregunta, su diseño

TIPOS DE PREGUNTAS

TIPO DE ESTUDIO

Cuánto, cuándo, dónde, quién



Descriptivo

Qué daño produce una exposición



Caso-control

Qué exposición produce un daño



Cohorte

Cuánto disminuye el daño la aplicación de un tratamiento



Ensayo clínico

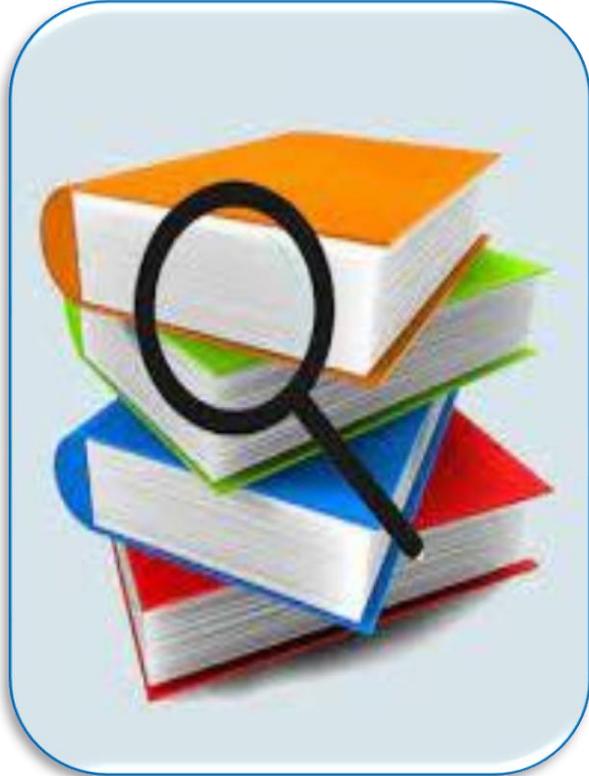
Validez de una prueba diagnóstica



Pruebas diagnósticas



b) Segundo paso: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA (1)



El poder de internet...

OBJETIVOS: realizar una búsqueda eficiente a través de las distintas fuentes de información

FUNDAMENTOS:

- Conocer las ventajas e inconvenientes de Internet para gestionar con seguridad la “infoxicación”
- Saber realizar estrategias de búsqueda útiles en las distintas fuentes de información (primarias, secundarias y terciarias)
- Conocer estrategias para mantenerse actualizado



b) Segundo paso: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA (2)



“Infoxicación”



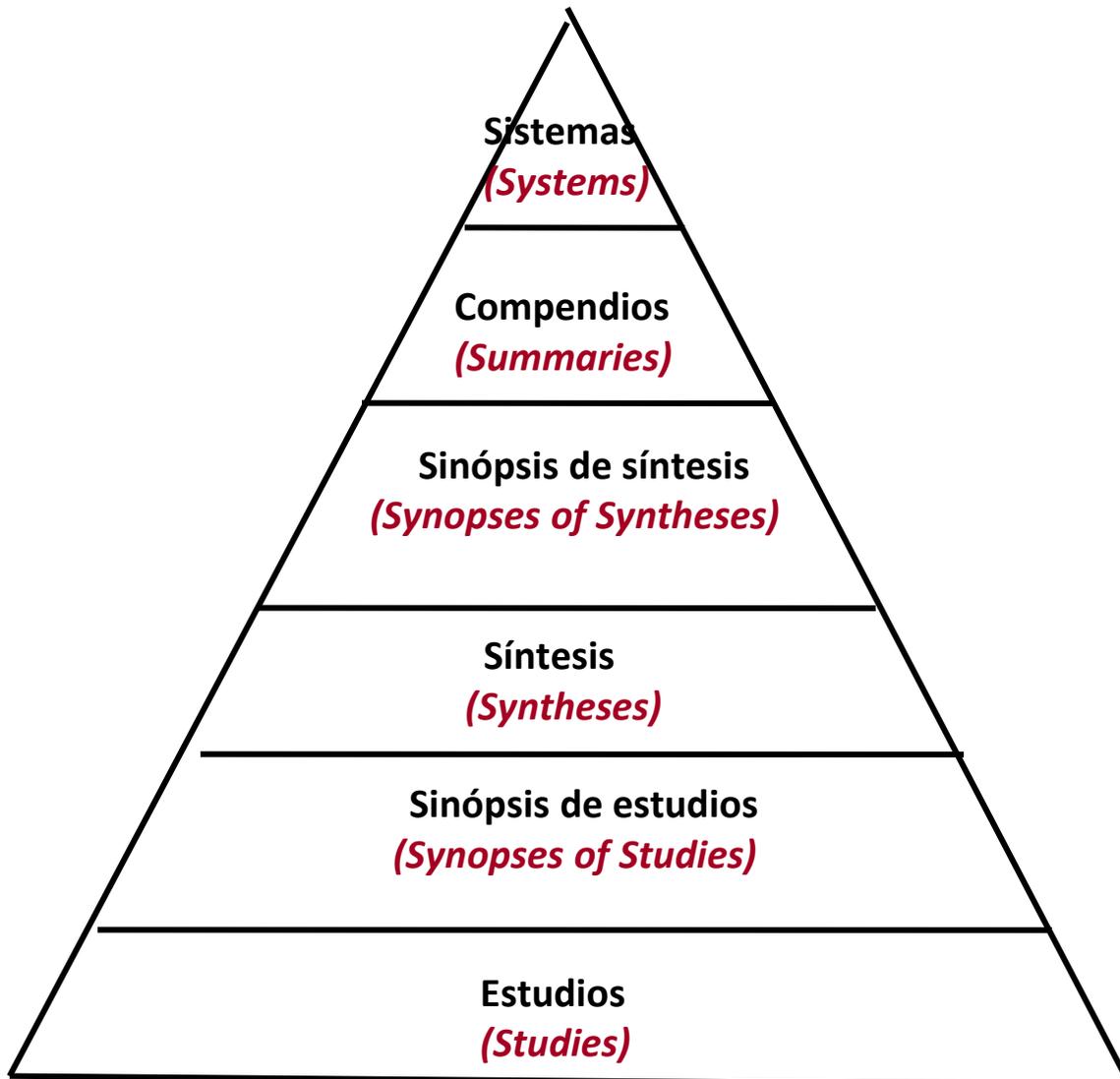
b) Segundo paso: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA (3)

Fuentes primarias	Fuentes secundarias	Fuentes terciarias
<ul style="list-style-type: none">•Revistas científicas: papel electrónicos•Libros de texto: papel electrónicos	<ul style="list-style-type: none">•BD internacionales: Medline/PubMed Embase ISI Web of Knowledge etc.•BD nacionales: IME, IBECS, MEDES, CUIDEN, etc.	<ul style="list-style-type: none">•Colaboración Cochrane•Revistas secundarias•ATVC•Guías práctica clínica•Informes AETS•Servicios de información•Bases de datos MBE <p>MBE</p>

Clasificación de las fuentes de información



b) Segundo paso: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA (4)



SATD
Guías de práctica clínica y libros con metodología MBE
Revistas secundarias; DARE
Revisiones sistemáticas
Revistas secundarias
Originales publicados en revistas

La pirámides del
conocimiento de las
"6S"



b) Segundo paso: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA (5)

1) Iniciar con fuentes de información terciaria:

TRIPdatabase (SUMSearch)

2) Continuar con fuentes de información secundaria:

PubMed (Embase, IBECs, MEDES,...)

3) Indagar en fuentes de información primaria:

Revistas biomédicas / libros de texto

4) Si no respuesta, realizar búsqueda “salvaje”:

“Googlear” y literatura gris

**Claves de búsqueda
(CT-PBE)**



c) Tercer paso: VALORACIÓN CRÍTICA DE DOCUMENTOS (I)



Eje central de la MBE...

OBJETIVOS: aprender a juzgar si las pruebas son válidas, importantes y aplicables

FUNDAMENTOS:

- Conocer las bases teóricas del EBMWG y CASP
- Habituarse a la dinámica de los talleres de lectura crítica
- Diferenciar la validez interna y la validez externa de los estudios
- Manejar los conceptos metodológicos básicos útiles en MBE



c) Tercer paso: VALORACIÓN CRÍTICA DE DOCUMENTOS (2)

- ✓ **Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (GT-PBE):**
 - Fundamentos de MBE
- ✓ **Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe):**
 - Plantillas de lectura crítica de documentos
- ✓ **Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR):**
 - Listas de distribución; ECA (CONSORT), RS (PRISMA), etc
- ✓ **Generic Appraisal Tool for Epidemiology (GATE)**

**Recursos
principales**



c) Tercer paso: VALORACIÓN CRÍTICA DE DOCUMENTOS (3)

La VARA metodológica



VALidez

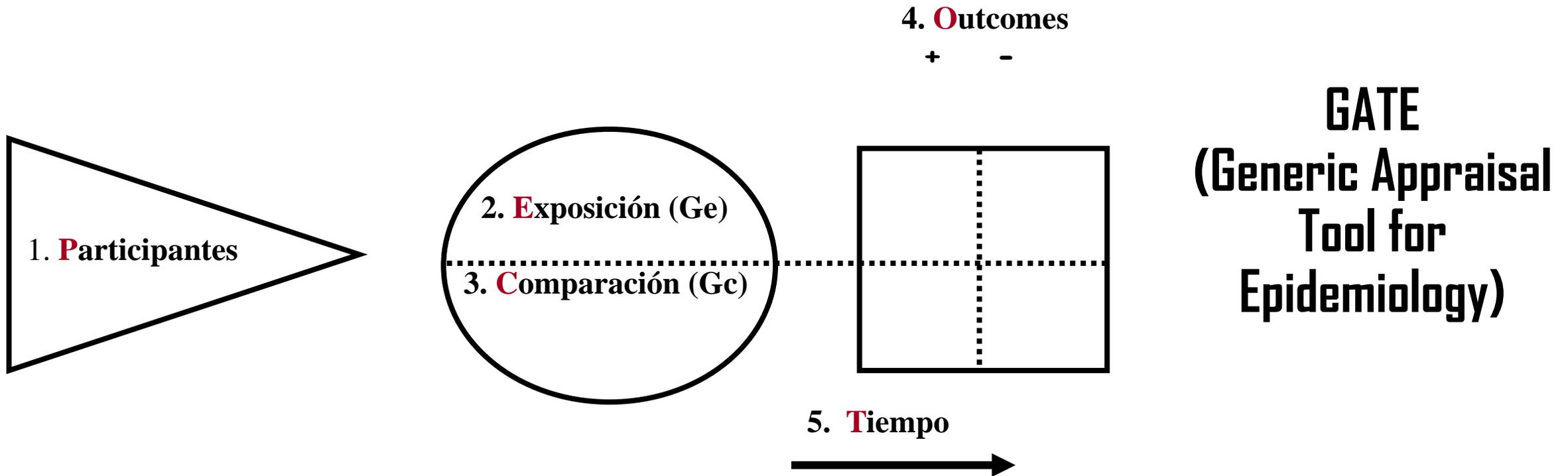
Relevancia o importancia

Aplicabilidad

Plantillas
CASPe



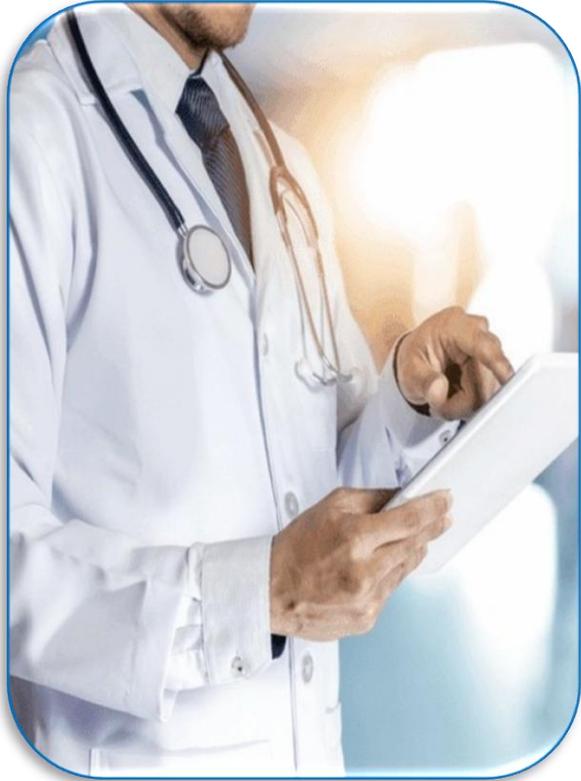
c) Tercer paso: VALORACIÓN CRÍTICA DE DOCUMENTOS (4)



GATE
(Generic Appraisal
Tool for
Epidemiology)



d) Cuarto paso: APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (1)



El objetivo final...

OBJETIVOS: integrar la evidencia con nuestra práctica clínica e incorporarla a la asistencia de nuestro paciente

FUNDAMENTOS:

- Reconocer los problemas existentes para generar, acceder y aplicar las pruebas científicas
- Conocer estrategias para conseguir una Asistencia sanitaria basada en la evidencia



d) Cuarto paso: APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (2)

De la validez interna:

¿son correctas las conclusiones del estudio para los pacientes que están siendo estudiados?

Para conseguir una buena calidad se deben minimizar los:

Errores aleatorios: por azar

Errores sistemáticos (o sesgos)

A la validez externa:

¿son aplicables las conclusiones del estudio para mis pacientes?

Cada estudio está condicionado por sus elementos básicos: población, exposición, comparación, *outcomes* (efectos o resultados) y tiempo de seguimiento (**PEcOt**).

De la
validez interna
a la
validez externa



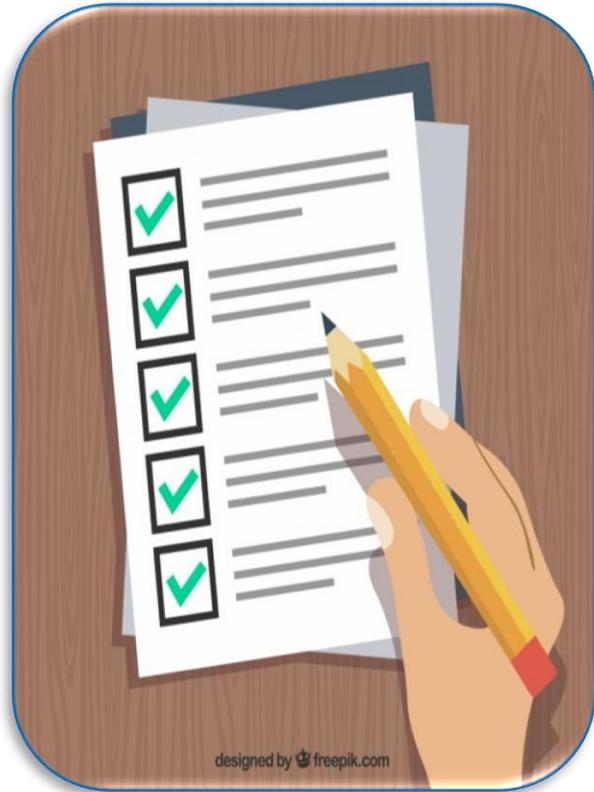
d) Cuarto paso: APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (3)

- ✓ Nos interesa más la **diferencia clínicamente importante** que la diferencia clínicamente significativa
- ✓ Muera la “p”, **viva el intervalo de confianza**
- ✓ No caer en el **fundamentalismo metodológico** ni en el **autoritarismo dogmático** que va de la “Roma galénica” a la “Oxford cochranaiana”
- ✓ **Nada hay menos “evidente”** que la medicina basada en la evidencia
- ✓ **No somos** una secta, no somos frikies...

**5 conceptos
esenciales**



e) Quinto paso: ADECUAR LA PRÁCTICA CLÍNICA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA (1)



Evitar nadar para morir en la playa ...

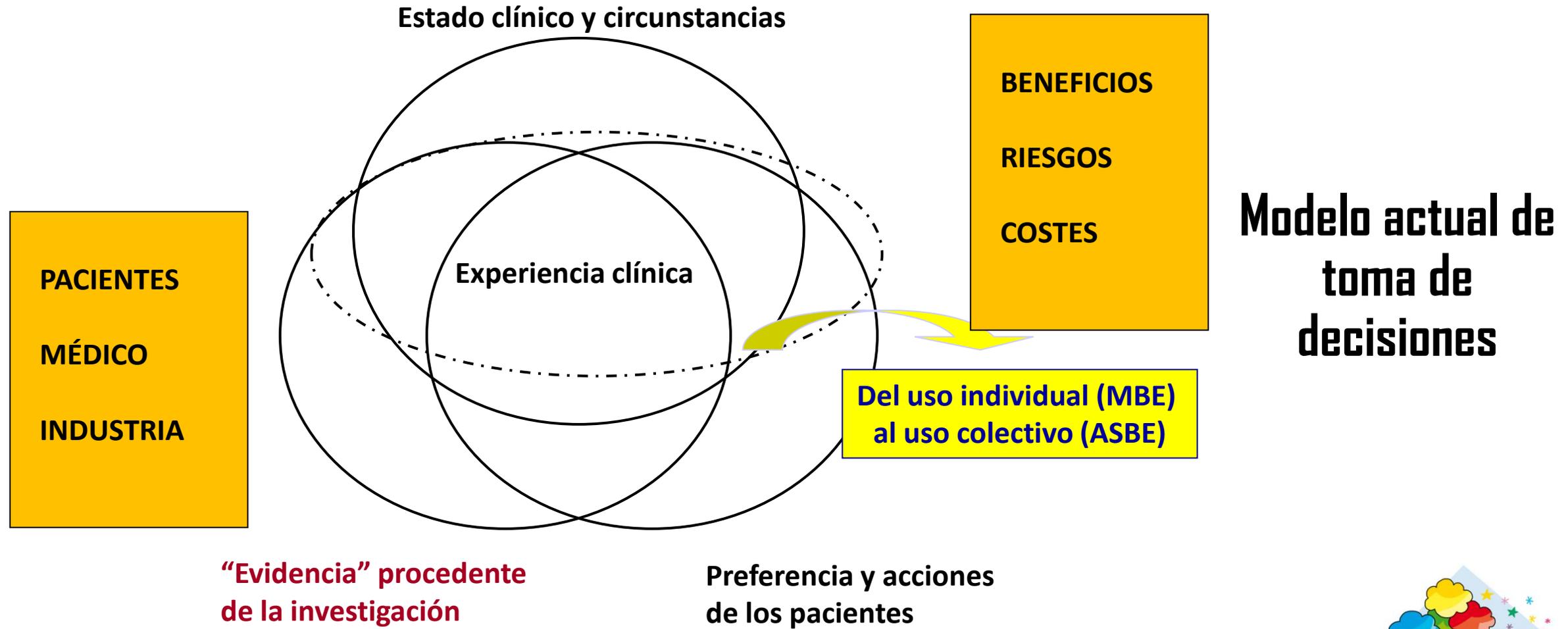
OBJETIVOS: reconocer que este paso es el fundamento para la utilidad de la MBE

FUNDAMENTOS:

- Conocer la estrategia de los estudios sobre variabilidad e idoneidad
- Concretar áreas y acciones de mejora



e) Quinto paso: ADECUAR LA PRÁCTICA CLÍNICA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA (2)



“Evidencia” procedente de la investigación



Malos usos y abusos que evitar en la MBE



- No usar el nombre de la evidencia en vano
- No caer en el fundamentalismo metodológico
- Saber que hay vida más allá de PubMed... y Google
- Estar alerta a la *evidence-biased medicine*
- No minusvalorar la experiencia, lo que la medicina tiene de “arte y oficio”



a) No usar el nombre de la evidencia en vano



La MBE no es una panacea, sólo intenta poner racionalidad y espíritu crítico a la aplicabilidad de la ciencia a nuestra práctica clínica habitual



b) No caer en el fundamentalismo metodológico

“Cochranitas”



“Metanófilos”



“UpTodatófilos”

“Casperos”

*Riesgo de caer en el **autoritarismo dogmático** que va de la “Roma galénica” a la “Oxford cochraniana”*



c) Saber que hay vida más allá de PubMed... y Google



48.700 en Google



157.000.000 en Google



d) Estar alerta a la *evidence-biased medicine*

- Sólo tenemos evidencia cuando alguien tiene interés de esa “evidencia”
- La “evidencia” es mucho más evidente cuando favorece a los intereses comerciales que a los intereses de los pacientes
- La “evidencia” favorece a los fármacos rentables más que a los cambios de vida y a los fármacos huérfanos

*La **evidence-biased medicine** limita los resultados de la **evidence-based medicine***



d) Estar alerta a la *evidence-biased medicine*

Research

BMJ

Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review

Werner, Jörgen Hilden, Peter C Göttsche

Compare the methodological quality and results of Cochrane reviews with those in industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: a systematic review comparing pairs of meta-analyses

Industry supported systematic reviews with other meta-analyses were divided into three groups: industry supported, undeclared support, and no support.

Evidencias en Pediatría



Editorial

¿Qué actitud adoptaremos los pediatras respecto al uso del chupete en el lactante? Reflexiones y comentarios en relación con su potencial papel protector en el síndrome de muerte súbita del lactante

Javier González de Dios. Departamento de Pediatría, Hospital Universitario San Juan, Universidad Miguel Hernández, Alicante (España). gonzalez_jav@gva.es.
Albert Balaguer Santamaría. Unidad Neonatal, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan, Universitat Rovira i Virgili, Reus-Tarragona (España). albert.balaguer@urv.net.

José Luis Díaz-Rossello. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. (Uruguay). diazjose@clap.ops-oms.org

Términos clave en inglés: pacifiers; sudden infant death; prevention and control; case-control studies; meta-analysis

Términos clave en español: chupete; síndrome de muerte súbita del lactante; control y prevención; estudios de casos y controles; metanálisis

PEDIATRICS

Sep 1998
Vol. 102
No. 3

Palivizumab, a Humanized Respiratory Syncytial Virus Monoclonal Antibody, Reduces Hospitalization From Respiratory Syncytial Virus Infection in High-risk Infants

The Impact-RSV Study Group*

ABSTRACT. *Objective.* To determine the safety and efficacy of prophylaxis with palivizumab in reducing the incidence of hospitalization because of respiratory syncytial virus (RSV) infection in high-risk infants.

Methods. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial was conducted at 139 centers in the United States, the United Kingdom, and Canada. During the 1996 to 1997 RSV season, 1502 children with prematurity (≤35 weeks) or bronchopulmonary dysplasia (BPD) were randomized to receive 5 injections of either palivizumab (15 mg/kg) or an equivalent volume of placebo by intramuscular injection every 30 days. The primary endpoint was hospitalization with confirmed RSV infection. Children were followed for 150 days (30 days from the last injection). Those with hospitalization as a result of RSV infection were evaluated for total number of days in the hospital, total days with increased supplemental oxygen, total days with moderate or severe lower respiratory tract illness, and incidence and total days of intensive care and mechanical ventilation. The incidence of hospitalization for respiratory illness not caused by RSV and the inci-

hospital days, fewer RSV hospital days with increased oxygen, fewer RSV hospital days with a moderate/severe lower respiratory tract illness, and a lower incidence of intensive care unit admission. Palivizumab was safe and well tolerated. No significant differences were observed in reported adverse events between the two groups. Few children discontinued injections for related adverse events (0.3%). Reactions at the site of injection were uncommon (1.8% placebo vs 2.7% palivizumab); the most frequent reaction was mild and transient erythema. Mild or moderate elevations of aspartate aminotransferase occurred in 1.6% of placebo recipients and 3.6% of palivizumab recipients; for alanine aminotransferase these percentages were 2.0% and 2.3%, respectively. Hepatic and renal adverse events related to the study drug were similar in the two groups.

Conclusions. Monthly intramuscular administration of palivizumab is safe and effective for prevention of serious RSV illness in premature children and those with BPD. *Pediatrics* 1998;102:531-537; *respiratory syncytial*



e) No minusvalorar la experiencia, lo que la medicina tiene de “arte y oficio”

Ofrecer la máxima calidad con la mínima
cantidad (de intervenciones)
y en el lugar más cercano al paciente

*De la medicina basada en la **efectividad y eficiencia**
a la medicina basada en la **“afectividad”***



Alternativas a la MBE

Bases para la decisión clínica	Marcador	Dispositivo de medición	Unidad de medida
Medicina basada en evidencia	EC aleatorizado	Revisión sistemática y metanálisis	Odds ratio
Medicina basada en eminencia	Brillo del cabello blanco	Luminómetro	Densidad óptica
Medicina basada en vehemencia	Nivel de estridencia	Audímetro	Decibelios
Medicina basada en elocuencia	Facilidad de palabra	Tonómetro	Porcentaje de adhesión del público
Medicina basada en providencia	Nivel de fervor religioso	Sextante para medir el ángulo de genuflexión	Unidades de piedad internacionales
Medicina basada en deficiencia	Nivel de oscuridad	Nihilómetro	Suspiros
Medicina basada en jurisprudencia	Nivel de fobia a la demanda	Cualquier test imaginable	Cuenta bancaria
Medicina basada en arrogancia*	Bravura	Test del sudor	Ausencia de sudor

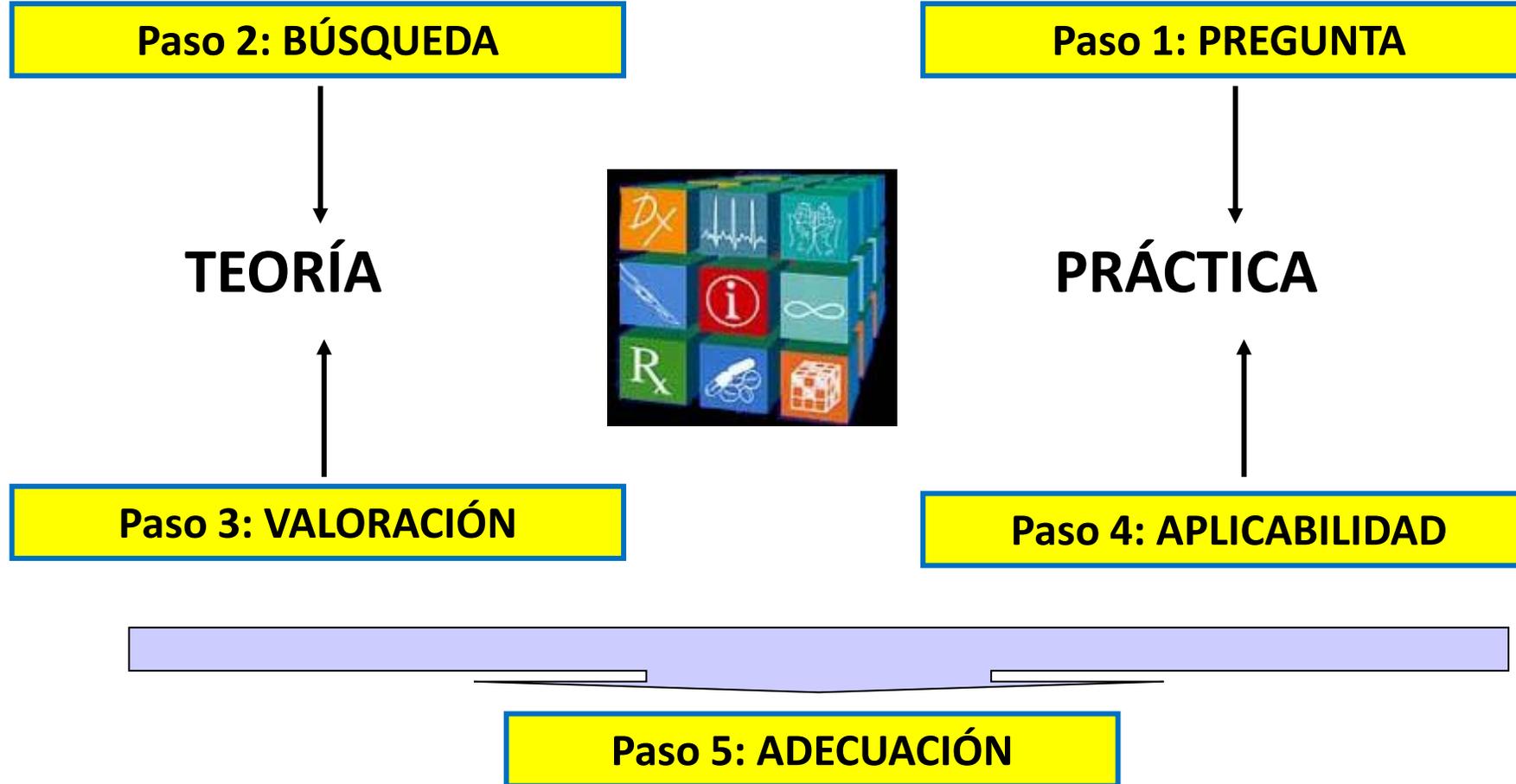




De la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA a la MEDICINA APROPIADA



Pasado-presente: la MBE del siglo XX

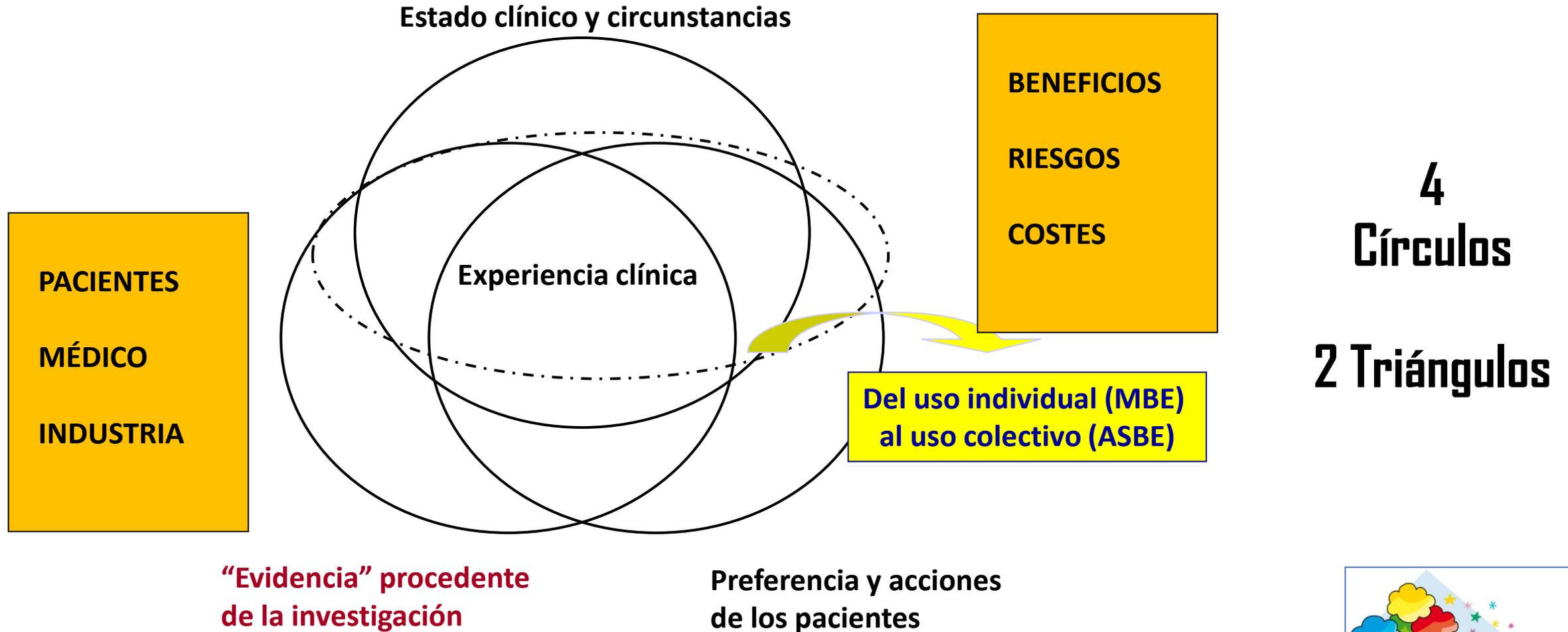


**5
Pasos**

“La MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina”



Pasado-presente: la MBE del siglo XX



Pasado-presente: la MBE del siglo XX

En busca de una práctica clínica que intenta **resolver de la mejor forma posible la ecuación entre “lo deseable, lo posible y lo apropiado”**, teniendo presente que la medicina es una ciencia sembrada de incertidumbre, variabilidad en la práctica clínica, sobrecarga de información, aumento de demanda y limitación de recursos



1
Meta



Presente-futuro: la Medicina Apropriada del siglo XXI

El futuro de la medicina actual debe caminar hacia una **sanidad más segura, eficiente y sostenible.**

Y para ellos se basa en **varios pilares**, imbricados entre sí:

Humanización

Seguridad del paciente

Profesionalismo

Excelencia

Medicina Apropriada (Right Care)

**Pilares
sanidad del
futuro**



Presente-futuro: la Medicina Apropriadada del siglo XXI

La Medicina Apropriadada es revisar y cuestionar nuestras prácticas en sanidad por el bien del paciente y de la sociedad.

Dos pilares/paradigmas:

MBE, EBM y MCP

**Prevención cuaternaria y
estrategias de mejora**

**Pilares
Medicina
Apropriadada**



a) MBE y EBM

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE)

ECA, RS y MA en busca de la generalización de resultados

Mejor resultado para paciente promedio en las condiciones "ideales" de la experimentación

Fundamentado en la investigación

EVIDENCIA BASADA EN LA MEDICINA (EBM)

Macrodatos ("big data") en un entorno de práctica clínica "habitual"

Es el camino de la Medicina centrada en el paciente, que complementa la MBE, pues reivindica el humanismo médico a través de la toma de decisiones compartidas y el empoderamiento de pacientes

Fundamentado en la clínica



b) MBE, EBM y MCP

Limitaciones MBE

Los experimentos se realizan en condiciones "ideales" (que con frecuencia no reproducen la complejidad de la práctica clínica)

Parte de una hipótesis (y, a menudo, se parte también de la solución)

Oportunidades EBM

Pone el enfoque en el paciente individual, tanto en la generación de evidencias como en la incorporación de preferencias

Y la EBM es el camino de la **Medicina Centrada en el Paciente (MCP)**, que reivindica el humanismo médico y el empoderamiento de pacientes



c) Prevención cuaternaria

Más allá de la prevención primaria, secundaria y terciaria...

... está la PREVENCIÓN CUATERNARIA que intenta evitar el exceso de diagnóstico, tratamiento y prevención de nuestra medicalizada sociedad

Prevención cuaternaria y “diseases mongering”

Potenciar este tipo de prevención y frenar la mercantilización de las enfermedades

Y son diversos las estrategias para evitar la sobreutilización sanitaria



d) Estrategias de mejora en prevención cuaternaria

Menos es Más (Less is More)

Recomendaciones No hacer (Do not do Recommendations)

Elegir con cabeza, sabiamente (Choosing Wisely)



En busca de la Medicina Apropriada





Quizás ya es tiempo de
UTOPIÍA apropiada...

y de **MEDICINA**
APROPIADA

“La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”

Eduardo Galeano



La calidad de la salud como consecuencia de la Medicina basada en la evidencia: lo que tanto deseamos

Javier González de Dios

Correo-e: javier.gonzalezdedios@gmail.com

