



Proyecto *Essencial*:

Desmedicalizando (lo que se pueda)

Joan MV Pons

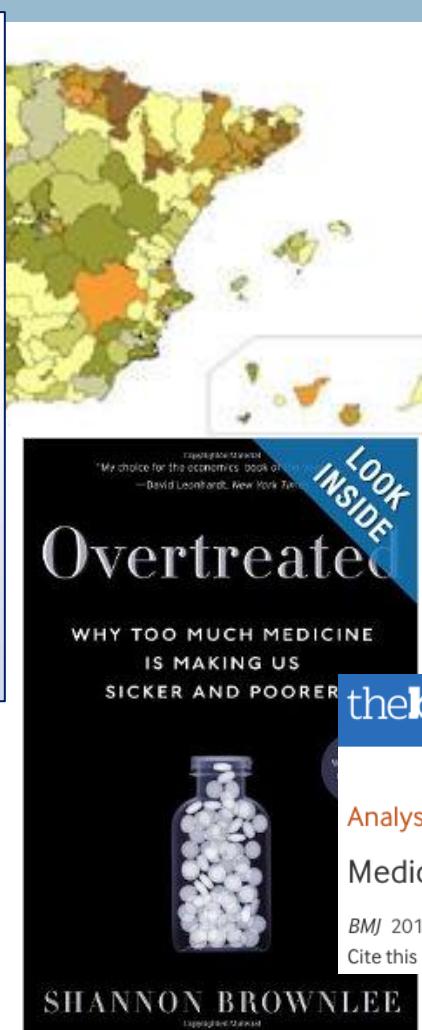
Desinversión, Obsolescencia
Miércoles 25 octubre, 14.30-16.30



Contenido

- ✓ **Contexto del proyecto *Essencial***
- ✓ **Sobrediagnóstico y sobretratamiento**
- ✓ **Qué es *Essencial* y la identificación de prácticas clínicas de poco valor**
- ✓ **Implementación *Essencial* en Atención Primaria**
- ✓ **Lecciones aprendidas y retos de futuro**
- ✓ **Reflexiones finales**

Contexto del proyecto *Essencial*: siglo XXI



JAMA Internal Medicine
Formerly Archives of Internal Medicine

Home Current Issue All Issues Online First Topics CME Multimed

July 22, 2013, Vol 173, No. 14 >

< Previous Article Full Content is available to subscribers Subscribe/Learn More Next Article

View point | July 22, 2013, 1:30 PM
LESS IS MORE

Overage of Health Care Services
When Less Is More ... More or Less

Allison Lipitz-Snyderman, PhD¹; Peter B. Bach, MD, MAPP¹

[+] Author Affiliations

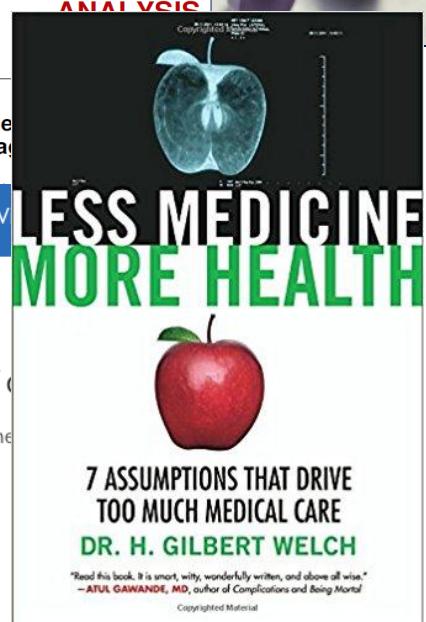
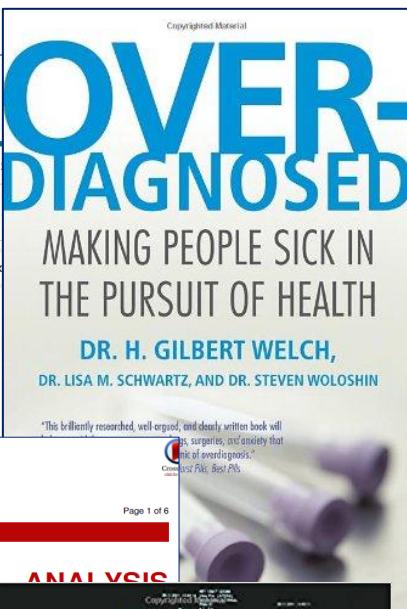
BMJ

BMJ 2013;347:f5125 doi: 10.1136/bmj.f5125 (Published 9 September 2013)

TOO MUCH MEDICINE

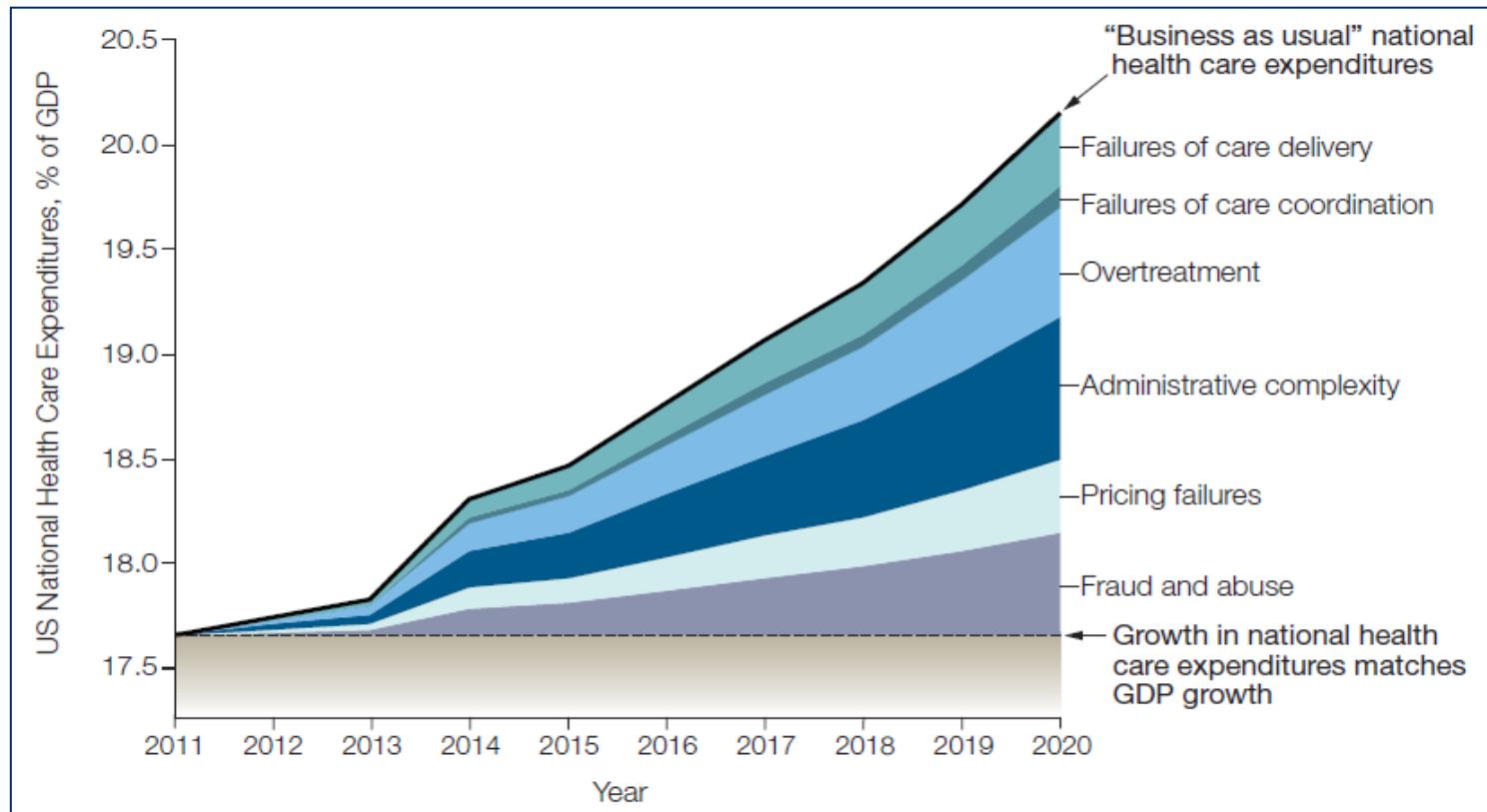
Political drive to screen for pre-dementia based and ignores the harms of diagnosis

thebmj Research Education News & Viewpoints Analysis



Contexto del proyecto *Essencial*: siglo XX-XXI

Despilfarro del sistema sanitario en EEUU: Las 6 causas principales



Entre el 21 % y 47% del gasto total en Medicare y Medicaid (2011)

Contexto del proyecto *Essencial*



Sobrediagnóstico: causas

Causas próximas

Cribados/tamizados/detección precoz (organizada/oportunista)

Mayor sensibilidad de las pruebas diagnósticas

Hallazgos fortuitos (incidentaloma) (pruebas analíticas, de imagen, genéticas)

Ampliación criterios diagnósticos

Causas lejanas

Frontera entre riesgo y enfermedad cada vez menos clara

Temor de pasar por alto un diagnóstico y miedo al litigio (medicina defensiva)

Necesidad por parte de pacientes (y profesionales) de seguridad (pretendida certeza)

Incentivos financieros

Sobrediagnóstico: causas

*Diagnostic and Statistical Manual
of Mental disorders - DSM (A.P.A.)*

VERSIÓN	AÑO	NÚMERO DE DIAGNOSTICOS	NÚMERO DE PÁGINAS
I	1952	106	130
I	1968	182	134
III	1980	265	494
III - R	1994	292	567
IV	1994	297	886
IV - TR	2000	310	900
V	2013	297	947

227 gr.



1.531 gr.

¿Qué es *Essencial*?

Una iniciativa que elabora recomendaciones para evitar prácticas clínicas que aportan poco valor:

- **identificación de prácticas clínicas de poco valor**
- **implementación de las recomendaciones**

Prácticas clínicas de poco valor

- ✓ **No evidencia sobre la efectividad**
- ✓ **Son inefectivas**
- ✓ **Los riesgos son superiores a los beneficios**
- ✓ **Hay alternativas de efectividad parecida y menor coste**

Pruebas de imagen en la evaluación de las cefaleas

En enfermos con dolor de cabeza (cefalea) sin complicaciones ni sintomatología neurológica adicional, las pruebas de imagen no aportan valor al manejo del paciente.

Benzodiacepinas para el insomnio en personas mayores

No se recomienda la prescripción rutinaria de benzodiacepinas de semivida larga a las personas mayores para el tratamiento crónico del insomnio como primera opción.

PSA en el cribado del cáncer de próstata

La determinación del PSA como cribado poblacional de cáncer de próstata no se tendría que realizar al no aportar ningún beneficio en términos de reducción de la mortalidad.



Identificación prácticas clínicas de poco valor

62 recomendaciones con el soporte
de 22 sociedades científicas



“Los profesionales sanitarios son los que mejor pueden identificar las prácticas de poco valor”



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Proyecto *Essencial*: percepción profesionales

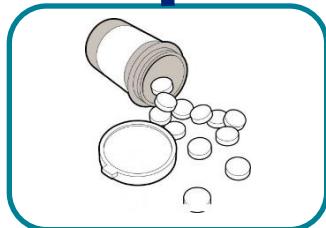
É
E



1554 profesionales AP:
tasa de respuesta 32,1% (n=499)

La prescripción de pruebas, procedimientos y tratamientos innecesarios en la atención sanitaria es frecuente

64%
de los profesionales



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pruebas de imagen en lumbalgia

En pacientes con dolor lumbar (lumbalgia), durante las primeras 6 semanas y en ausencia de signos neurológicos, las pruebas de imagen no aportan valor al manejo clínico del paciente



- **80-90% casos desaparece en 6 semanas**
- **2 terceras partes TC y RM inapropiadas**
- **Riesgo: cascada D-T, radiación**
- **Cuarta causa visita AP > 15 años**
- **130.000 visitas en AP**
- **En un 30% se realizan pruebas de imagen**
- **700.000 €, equivalente a 280 prótesis de rodilla**



Estatinas población con riesgo coronario bajo/moderado



No se recomienda la prescripción sistemática de estatinas para la prevención primaria cardiovascular en población con riesgo coronario bajo o moderado. Hace falta valorar otros factores para reclasificar clínicamente el riesgo e identificar a los candidatos adecuados.



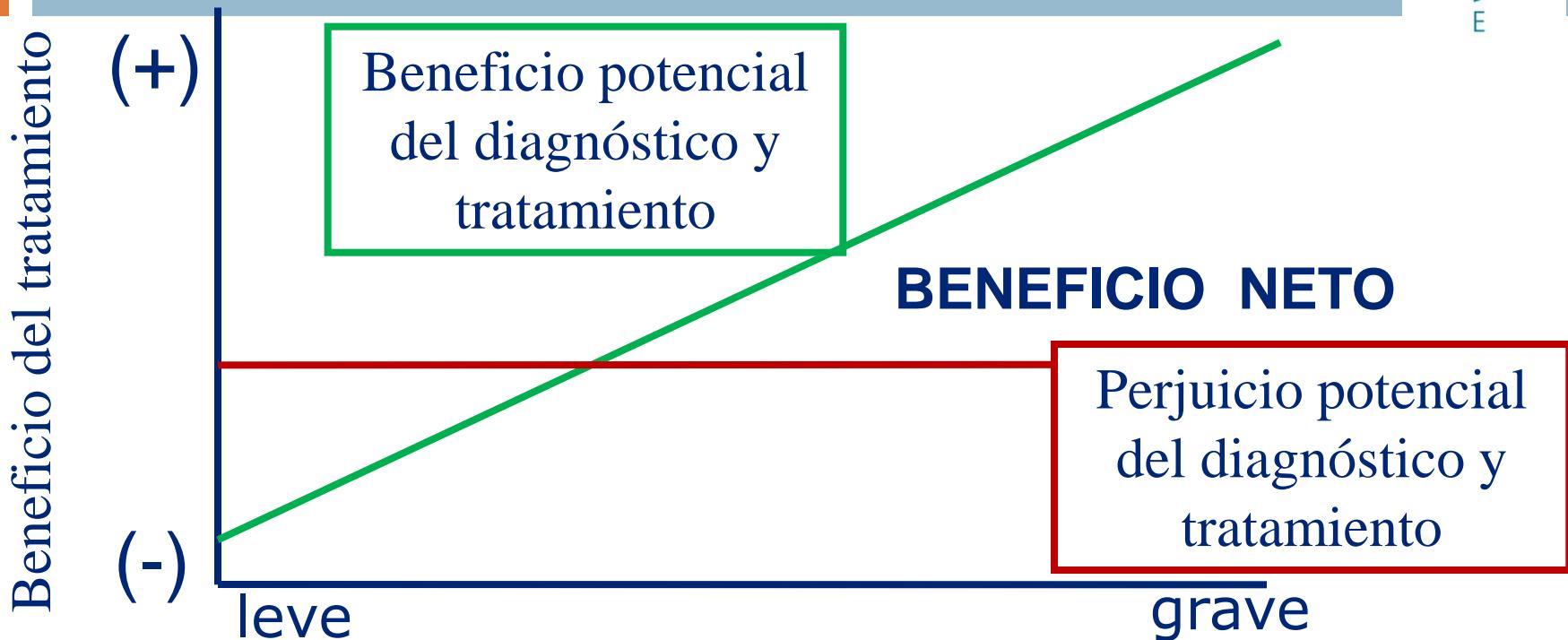
Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Repensar la prevención

E
E



HTA borderline
Diabetes borderline
Hiperlipemia ligera
AAA pequeño
Cáceres detectados en cribado
Genes de baja penetrancia

Espectro de anormalidad

HTA grave
Diabetes grave
Hiperlipemia importante
AAA grande
Cáceres detectados clínicamente
Genes de alta penetrancia



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Inhibidores bomba de protones

E
E



En enfermos polimedicados o mayores de 65 años que no reciban tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, la prescripción de inhibidores de la bomba de protones para la prevención de patología gástrica no aporta valor añadido.



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Estatinas e IBP: de marca versus equivalente menor precio



Tabla 1 Grupos terapéuticos de mayor importe en 2010 (dispensación en receta oficial) y ahorro potencial respecto al equivalente terapéutico de menor precio

	PVP (€) millones	Envases dispensados	Precio (€) medio del envase	Diferencia (€) a precio más bajo	Ahorro potencial (€) (millones)
Simvastatina ^a			4,8	0,0	0,0
Otras estatinas ^b	284,5	31.122.350	9,1	4,8	132,9
Atorvastatina	535,6	16.388.280	32,7	23,6	456,7
<i>Total estatinas</i>	<i>820,1</i>	<i>47.510.630</i>	<i>17,3</i>	<i>12,3</i>	<i>589,6</i>
Omeprazol	165,6	51.874.630	3,2	0	0,0
Pantoprazol	138,4	7.020.190	19,7	16,5	115,9
Esomeprazol	135,5	3.165.890	42,8	39,6	125,4
Lansoprazol	113,5	4.901.540	23,1	19,9	97,8
Otros IBP	73,2	1.909.180	38,3	35,1	67,1
<i>Total IBP</i>	<i>626,1</i>	<i>68.871.430</i>	<i>9,1</i>	<i>5,9</i>	<i>406,2</i>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011¹.

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

^a La simvastatina no aparece entre los 30 principios activos de mayor gasto en 2011 y se ha tomado como referencia el precio medio de 2010.

^b Incluye simvastatina.

Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. AP 2012.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.08.001>



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Barreras

Limitaciones de recursos: tiempo



7-10 minutos por visita

Descoordinación entre primaria y especializada



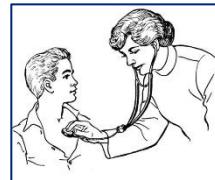
radiografía si
radiografía no



Característica del profesional

Yo siempre lo he hecho así
Yo ya lo hago

Demandas del paciente



Y no me pedirá un TAC...
Y si probara lo que toma...

La relación profesional-paciente



Presiones comerciales y medios de comunicación



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Contexto y marco de la implementación ^{1,2}



Cambio liderado por los profesionales, bottom-up

Prácticas clínicas con mayor tasas de sobreutilización

Intervenciones adaptadas a las necesidades de cada organización y con el acuerdo de los equipos clínicos

Que permitan superar las barreras a la implementación por parte de profesionales y pacientes

1 Adaptación Modelo de influencia por gestión del cambio.

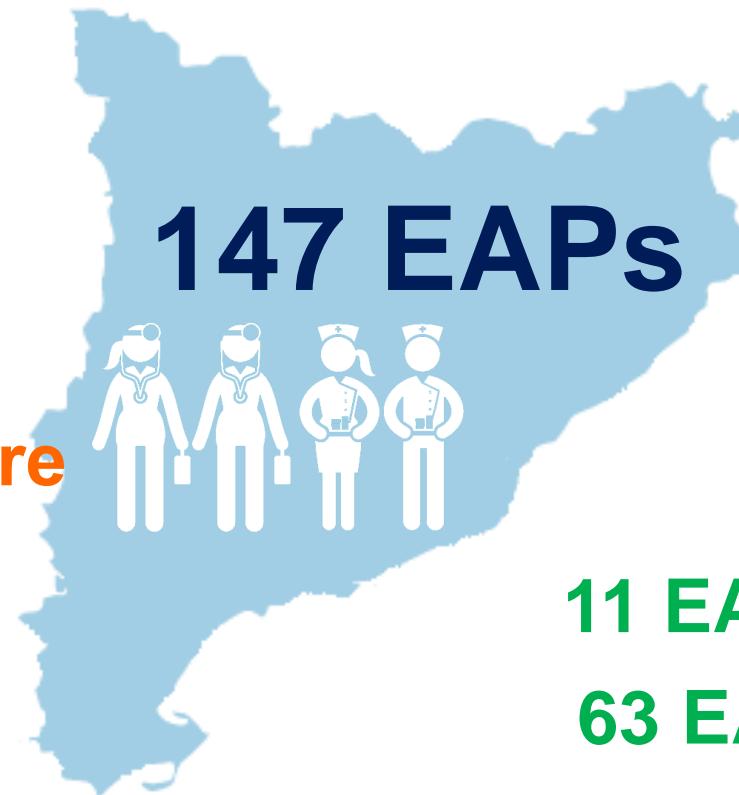
2 How Physicians Can Change the Future of Health Care. Michael Porter . JAMA 2007; 297:1103-1111



Proyecto *Essencial*: implementación en AP

E
E

38 EAPs
MS
BCN
Terres de l'Ebre

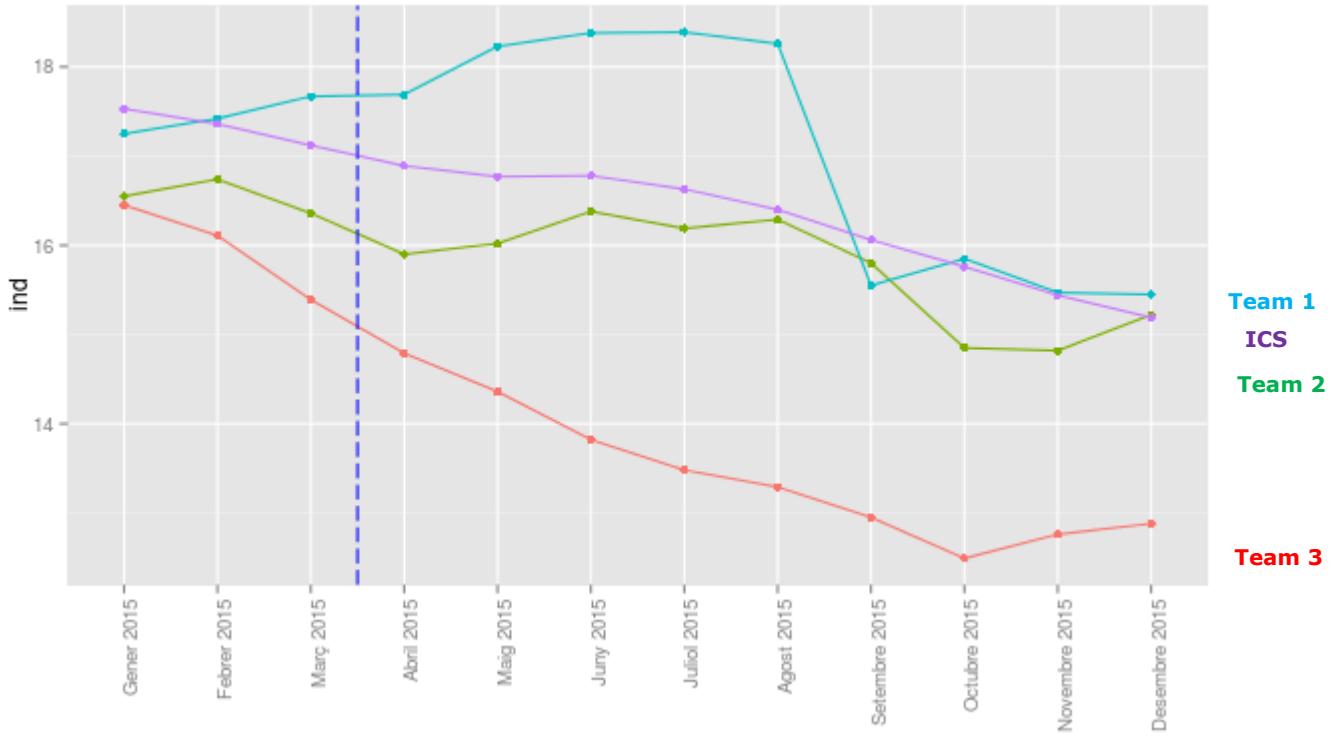


21 EAPs Girona
14 EAPs
Catalunya
central

11 EAPs Catalunya
63 EAPs MN

Resultados preliminares de la implementación

PSA cribado cáncer de próstata

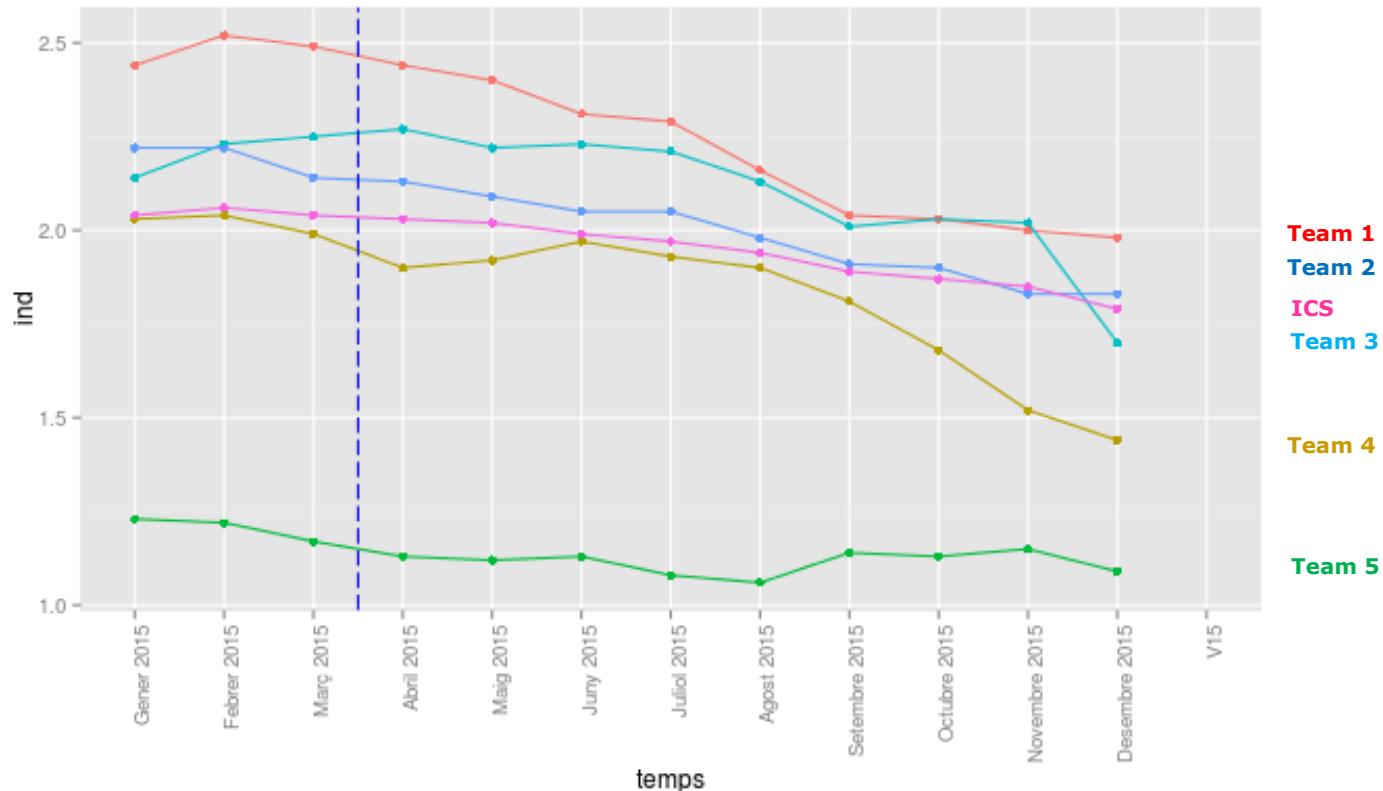


Disminución 14% (95%CI, 0.77-0.95; P=0.005)



Resultados preliminares de la implementación

Bifosfonatos en mujeres postmenopáusicas con bajo riesgo de fracturas

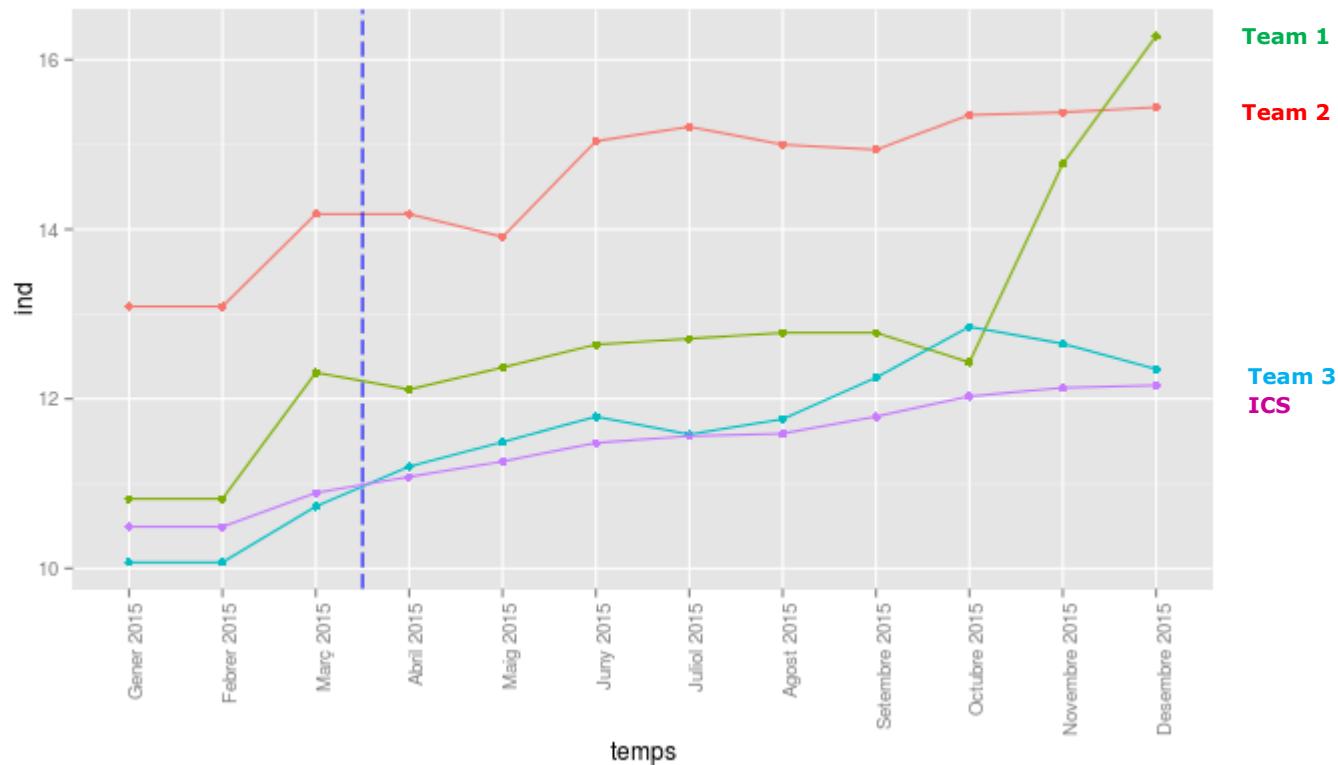


Disminución 21% (95%CI, 0.66-0.94; P=0.009)



Resultados preliminares de la implementación

Períodos entre densitometria ósea en pacientes sin tratamiento



Aumento 23% (95%CI, 1.05-1.44; P=0.007)



Implementación: favorecer el cambio

4 pregutes que pots fer-me quan entris a la consulta



Realment necessito aquesta prova, tractament o intervenció?

Quins són els efectes indesitjables?

Hi ha alguna opció més senzilla, més segura?

Què passa si decideixo no fer res?

Les proves, tractaments i intervencions innecessàries no suposen cap valor afegit a la cura dels pacients. Tot el contrari, sovint exposen els pacients a possibles danys derivats.

Font: Adaptació de la Iniciativa Choosing Wisely Canada
<http://www.choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2015/11/Four-questions-EN.pdf>



Projecte Essencial
Afegint valor a la pràctica clínica

essentialsalut.gencat.cat

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència de Qualitat
l'avaluació Sanitàries de Catalunya

Avaluació Sanitàries de Catalunya

RIESGOS

Uso inadecuado de Benzodiacepinas para el insomnio en personas mayores de 65 años.

Riesgo de caídas y fracturas de cadera.



COFILLO
CABEZA
VASTAGO

El riesgo de caídas en mayores de 60 años aumenta un 41% en los individuos que las toman.



Essencial / 5

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Lecciones aprendidas y retos de futuro



- ✓ *Essencial* tiene una buena aceptación, pero hay que conseguir mayor colaboración de las sociedades científicas para la identificación de las prácticas clínicas de poco valor
- ✓ La implementación ha tenido una buena acogida inicial en la atención primaria y los profesionales proponen recomendaciones. Sin embargo el proceso avanza de forma desigual
- ✓ El estudio cualitativo permite identificar potenciales soluciones a las barreras de la implementación (rutas, tiempo de visita, coordinación), que implican un cambio en la organización por parte de los proveedores de servicios sanitarios



Lecciones aprendidas y retos de futuro

- ✓ Impulso por parte del proyecto en formación y elaboración de productos de información y comunicación para los pacientes
- ✓ Los resultados disponibles son de proceso y se requiere más tiempo para valorar los resultados en salud, ya que los cambios en la práctica clínica requieren tiempo
- ✓ Hay que mejorar las estrategias de comunicación, pues aún hay profesionales que no conocen *ESSENCIAL*
- ✓ Promover el proyecto en el ámbito de los hospitales y mayor aproximación a la ciudadanía
- ✓ *"Evitar lo que es evitable"*



Aspectos éticos del sobrediagnóstico/sobretratamiento

- 1) una etiqueta, de enfermedad o riesgo, en base a una práctica profesional o a una investigación científica inadecuada, genera temor innecesario y puede afectar a la salud sin ninguna razón.
- 2) El sobretratamiento implica infratratamiento en algún otro ámbito o parte (la ley de cuidados inversos de Hurt – 1971)



Iona Heath. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests—an essay by Iona Heath . BMJ 2013;347:f6361 doi: 10.1136/bmj.f6361



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Aspectos éticos del sobrediagnóstico/sobretratamiento

3) el sobrediagnóstico/sobretratamiento contribuye directamente a la espiral de costes que pone contra las cuerdas los sistemas sanitarios de cobertura universal y basados en la solidaridad.

Finalmente, 4) este modelo exclusivamente biomédico y técnico, acaba diluyendo el modelo biopsicosocial y reduce la importancia de las causas socioeconómicas en la salud y la enfermedad



Para llevarse a casa

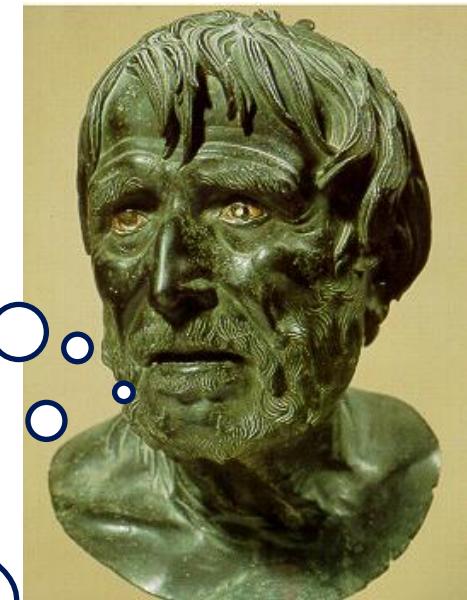


Benjamin
Franklin
1706-1790

No hay nada completamente cierto a excepción de la muerte y los impuestos

Nadie puede tener una vida plena si sólo piensa en alargarla

Aquel que vive “médicamente”, vive miserablemente



Séneca
4 aC- 65

Eskerrik asko

Muchas gracias

Moltes gràcies

joan.ponsr@gencat.cat



Responsables proyecto

ESSENCIAL:

calmazan@gencat.cat

jmcaro@gencat.cat

[**http://essentialsalut.gencat.cat**](http://essentialsalut.gencat.cat)