



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2002; 48 (3)

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS APLICADA A LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

Luis Távara-Orozco

"Las frases que los hombres escuchan o repiten continuamente por ser
convicciones y osifican los órganos de la inteligencia"
Goethe

INTRODUCCIÓN

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) es la práctica de tomar decisiones médicas gracias a la evaluación, identificación y aplicación de la información más relevante. Significa, además, la integración de la experiencia clínica individual con el mejor sustento científico disponible proveniente de la investigación sistemática

Los objetivos de usar la evidencia clínica consisten en:

- Promover la prestación de la atención basada en la evidencia disponible.
- Estimular a los proveedores de salud a que desarrollen habilidades que les permita recolectar, evaluar e incorporar evidencias en la práctica clínica diaria.

Para poder lograr esos objetivos, los proveedores de salud deben comprender y evaluar intelectualmente los nuevos datos de la investigación clínica en la medida que estén disponibles.

ANTECEDENTES

Hoy en día, en que la ciencia y la tecnología avanzan vertiginosamente, el profesional médico requiere de herramientas de trabajo que le permitan seleccionar la información más conveniente, a fin de aplicarla a los requerimientos y necesidades de sus pacientes.

El acto médico es una investigación; en consecuencia el médico realiza permanentemente investigación clínica. Recoge datos (síntomas y signos); con ellos construye una hipótesis (diagnóstico), la misma que es sometida a contrastación mediante el seguimiento del caso (evolución), el uso de pruebas auxiliares para el diagnóstico o la instalación de un tratamiento



médico o quirúrgico (experimento), para obtener resultados, que a su vez le permiten ratificar la hipótesis o rectificar la misma.

Hipócrates vivió en el siglo V AC y sentenció "Observa, ve por ti mismo y confírmalo con muchas observaciones". La lectura de esta sentencia es la necesidad de la acumulación de experiencia suficiente antes de tomar decisiones.

Contrariamente, Galeno, que vivió 140 años DC expresó a sus discípulos "Nunca hasta el presente he cometido error alguno en el tratamiento o el pronóstico. Si alguien desea obtener renombre, lo único que necesita es aceptar lo que yo he sido capaz de demostrar". Es el culto al paradigma, al erudito y a los parámetros aplicados a la ciencia.

La Edad Media mantuvo a la ciencia y al arte en el oscurantismo. Ya en el siglo XVI aparece Paracelso, el crítico quien rescata el mensaje de Hipócrates con su expresión "No citar autoridades, sino utilizar la observación, las pruebas, los argumentos". Es un verdadero reencuentro con la ruptura de paradigmas y la necesidad de ahondar la investigación clínica.

La postura de Paracelso es fortalecida durante el siglo XVI por Vesalio y Pare, y posteriormente en el siglo XIX por los gigantes de la ciencia, Pasteur, Lister y Koch. En este último siglo, Semmelweis llevó a cabo su famosa investigación operacional para enfrentar las calamidades de la fiebre puerperal, a través de "lávense las manos". Sus resultados no sólo pusieron un hito en lo que hoy conocemos como prevención de infecciones o bioseguridad, sino que significaron un gran salto en la lucha contra la mortalidad materna.

Hace algunos años, Archie Cochrane sostuvo que la obstetricia era la especialidad médica cuya práctica no se sustentaba en evidencias suficientes. Este reto fue tomado por Ian Chalmers, quien lideró desde la Colaboración Cochrane a un conjunto de investigadores de todo el mundo a fin de que se busque las evidencias para las mejores prácticas.

Hoy en día, una importante corriente mundial insiste en el uso de la mejor evidencia para asegurar las mejores prácticas clínicas. De este modo, la MBE redundará en dar a los pacientes la mejor atención de la que se dispone, la que exige juicio crítico, que sepamos dudar y que sepamos cambiar de prácticas ante la aparición de nuevas evidencias.

LA MBE EN LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA Y PERINATAL

Con los nuevos conceptos que nos trae la MBE, muchas intervenciones en Perinatología y otras disciplinas médicas han sido evaluadas. En la actualidad ya no se puede aceptar: la episiotomía rutinaria, el axioma una vez cesárea-siempre cesárea, el enema o rasurado sin consentimiento de la parturienta, ni la venoclisis a toda mujer en trabajo de parto normal, o dejar de aplicar corticosteroides a una mujer con amenaza de parto prematuro.

Idealmente, cada profesional debiera saber cuál es la atención más eficaz para cada paciente; de igual manera se sabría cual es la atención más eficaz para cada condición y cada profesional de salud prestaría la atención más eficaz de la que tuviera conocimiento. Sin embargo, vivimos



en un mundo real, en donde gran parte de lo que debería conocerse se ignora, gran parte de lo que se conoce no está al alcance de la mayoría de los profesionales de la salud y, con frecuencia, éstos no prestan la forma de atención que ellos conocen como la más eficaz.

Si conocemos hoy en día los beneficios que reporta la MBE, la pregunta lógica que se desprende es por qué no se le usa en la totalidad de la práctica clínica. Probables respuestas serían: por falta de conocimiento, por resistencia al cambio, por dificultades en la implementación de las mejores prácticas y por autoritarismo de quienes detentan el poder de decisión al interior de los servicios clínicos.

La MBE ha sido recibida con pasión, ya sea a favor o en contra, por quienes se han interesado en ella. El profesional que se decide a usarla se transforma en un fanático y trata de diseminarla entre sus colegas; sin embargo, aún muchos clínicos se resisten a aprender de ella.

FORMAS DE UTILIZAR LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Para hacer buen uso de la MBE en la práctica de la Obstetricia y Perinatología, es necesario convertir la necesidad de información en una pregunta de investigación. De allí será necesario buscar la mejor evidencia disponible para responder a esa pregunta. Al encontrar la información se deberá evaluar críticamente la evidencia, por su validez, impacto y aplicabilidad. Asumida la evidencia, ésta se debe integrar con la propia experiencia clínica y luego evaluar la eficacia de la intervención

De otro lado, para buscar la evidencia es necesario seguir la siguiente ruta crítica:

- Fijar en primer lugar los objetivos de la búsqueda.
- Plantear opciones de manejo frente a una situación concreta.
- Precisar los resultados que se va a medir, los mismos que deben estar contenidos en la información disponible.
- Buscar las evidencias según se disponga de la información conveniente, de preferencia en bibliotecas virtuales o en medios magnéticos, siguiendo las prioridades que se resume en la Tabla.
- El resultado de la búsqueda debe culminar precisando los beneficios y perjuicios de la intervención y las recomendaciones para los clínicos.

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Grado	Nivel	Intervenciones
• A	1a 1b	Revisión sistemática de ECAs ECA individual
• B	2a 2b 3a 3b	Revisión sistemática de cohortes Estudio de cohortes individual Revisión sistemática de casos control Estudio de casos control individual
• C	4	Serie de casos
• D	5	Opinión experta sin una evaluación crítica explícita o basada en fisiología o investigaciones de laboratorio

ECA : Ensayo clínico controlado aleatorizado



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

La MBE exige del usuario un conocimiento de la metodología de la investigación y un conocimiento básico de la bioestadística. Se debe hacer las siguientes precisiones:

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Cuando se requiera evaluar la calidad de la prueba, se debe definir:

- Sensibilidad. Es la probabilidad de que, en los casos en que está presente la enfermedad, la prueba diagnóstica sea positiva (verdadero positivo).
- Especificidad. Es la probabilidad de que, en los; casos en donde no hay enfermedad, la prueba diagnóstica sea negativa (verdadero negativo).

En la misma prueba se debe evaluar la utilidad del resultado a través de:

- Valor predictivo positivo. Es la probabilidad de que el resultado positivo de la prueba efectivamente signifique que dicha enfermedad está presente.
- Valor predictivo negativo. Es la probabilidad de que el resultado negativo de la prueba efectivamente signifique que dicha enfermedad está ausente.

Estos dos valores van a variar según sea la prevalencia de la enfermedad.

RIESGO RELATIVO (RR)

Es la tasa de incidencia del daño en individuos expuestos, comparada con la tasa de incidencia del daño en los individuos no expuestos. El RR sólo se aplica en estudios de cohorte, por cuanto en ellos sí se puede medir la incidencia, y refleja el riesgo que ocurre en la totalidad de la población.

Cuando el RR es 1 significa que no hay diferencia de resultado entre dos grupos. Si es menor de 1, significa menor riesgo de resultado y, si es mayor de 1, significa mayor riesgo de resultado.

RAZÓN DE PROBABILIDAD (ODDS RATIO = OR)

Compara la probabilidad de que el resultado bajo estudio ocurre en el grupo que recibe la intervención (grupo experimental) en relación al grupo que no la recibe (grupo control). El OR se aplica a estudios de casos y controles y no refleja el resultado en la totalidad de la población, pero puede estimar el RR con bastante aproximación.

Cuando se representa gráficamente en una escala logarítmica, la línea vertical (como ocurre en el metaanálisis) en el centro, corresponde a 1 y significa que no hay diferencia en los resultados entre los dos grupos. En cambio, cuando las relaciones son menores a 1 (a la



izquierda de la línea vertical) significa mejoramiento del resultado y cuando las relaciones son mayores a 1 (a la derecha de la línea vertical) significa empeoramiento del resultado.

INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% (IC 95%)

Es el rango dentro, del cual puede encontrarse la verdadera magnitud del efecto; es como si se tratara de la desviación estándar de la media. Si el IC al 95% se sobrepone a 1, existe entonces una posibilidad mayor de 5% que la diferencia observada en el resultado sea atribuible al azar. Cuando el IC es muy amplio, los resultados son menos creíbles y cuando el IC es muy estrecho, los resultados son más creíbles.

METAANÁLISIS

Resulta de la revisión sistemática de la literatura médica. Es un instrumento que puede permitir información útil de múltiples estudios similares en diseño, población de estudio y resultados examinados. Combina los datos adecuadamente para encontrar una respuesta a una pregunta importante en información acumulativa que se encuentra presente en la literatura.

MEDIDA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA: VALOR P

Se ha fijado usualmente en 0,05, que equivale al 5% en una curva de distribución normal. La diferencia entre los resultados es significativa si el valor de P es menor de 0,05 (4,05), lo que significa que existe una probabilidad menor del 5% de que el resultado obtenido por la intervención sea verdadero.

Le corresponde al profesional de salud decidir si un resultado estadísticamente significativo o no significativo es clínicamente significativo.

EN RESUMEN

Podemos decir que la MBE debería ser utilizada para establecer los estándares de atención. Toda la información nueva debería ser evaluada críticamente para determinar si es necesario cambiar los estándares.

Sin embargo, a pesar de que la mejor medicina se sustenta en la experiencia clínica y en el conocimiento de las mejores prácticas, existen aún conductas que han sido incorporadas y que no han sido evaluadas convenientemente.

Diariamente se promociona tratamientos y costosos equipos médicos que deben ser evaluados antes de adoptarlos. La MBE es la respuesta a estas necesidades.

A todos los miembros del equipo de salud nos toca ser gestores de una nueva corriente de trabajo en la práctica clínica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Argentine episiotomy trial collaborative group. Rouse vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 42:1517-8.
2. Belizan JM. Necesidad de usar la mejor evidencia para la atención de nuestros pacientes. *Salud perinatal*. Montevideo: CLAP Dic. 1998, pag. 1-2.
3. Belizan JM. The need to use the best evidence in clinical practice. *Prenat Neonat Med* 1999; 4: 1-2.
4. Belizan JM. Medicina basada en las evidencias aplicada a la Perinatología. *Novedades del CLAP N° 14*, enero 2002.
5. Borrero C. Aplicación de la Medicina Basada en Evidencia a la Medicina Reproductiva. En: Távara L y cols Edits. *Nuevos Conceptos en Medicina Reproductiva*. Lima-Perú Sociedad Peruana de Fertilidad. Matrimonial 2000, pag. 13-8.
6. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford; Update software.
7. Guyatt CH, Sackett KL, Cools D). For the evidence-based working group. User guides to the medical literature II: How to use an article about therapy or prevention. Are the results of the study valid?. *JAMA* 1993; 270: 2598-601.
8. Hulley SB, Cummings SR. *Designing Clinical Research: An epidemiological approach*. Williams and Wilkins: Baltimore, Maryland 1988.
9. Prendiville WJ, Elbourne D, MacDonald S. Active vs expectant management: in the third stage of labour (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, issue 3, 2001. Oxford: Update software
10. Villar J, Gymezoglu M, Khanna J, Carroli G, Hofmyer J, Schuz K, Pisake L. *Salud reproductiva basada en evidencia en los países en vías de desarrollo*. Biblioteca de Salud Reproductiva, OMS 2001.