



INSTITUTO ARGENTINO DE
MEDICINA BASADA EN LAS EVIDENCIAS

“De la Evidencia a la Práctica”

Más difícil que alcanzar una conclusión es
introducirla en la práctica asistencial

Dr. Roberto Lede



La Medicina es una disciplina
empírica sustentada sobre
algunas bases científicas

Nuestra visión particular sobre un problema suele
prevalecer sobre las recomendaciones sugeridas por
la evidencia científicamente válida



Recomendación...

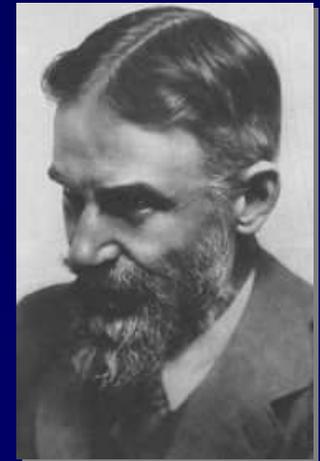
Todos coincidimos en que para reducir la probabilidad de equivocarnos al indicar cuidados para la salud, debemos seleccionar a los sustentados en evidencias científicas

Atención: sabemos muy poco sobre como analizar evidencias



Basados en su práctica clínica, los médicos suelen obtener desastrosas conclusiones dado que carecen del conocimiento del método científico y creen, cuál un lego, que no se requiere capacitación para interpretar la evidencia

The doctor's dilemma
George Bernard Shaw, 1911





Problema ...

La mayor parte de las intervenciones y prácticas cotidianas no han sido evaluadas científicamente o, peor todavía, de las que lo han sido, muchas se demostraron ineficaces o perjudiciales pero se siguen aplicando.



Cuidados para la Salud

Se ha verificado que en EE.UU y Holanda, el 40% de los pacientes no reciben cuidados acordes a la mejor evidencia y que un 25% recibe cuidados innecesarios o perjudiciales

Grol R. Med Care 2001; 39: 46-54

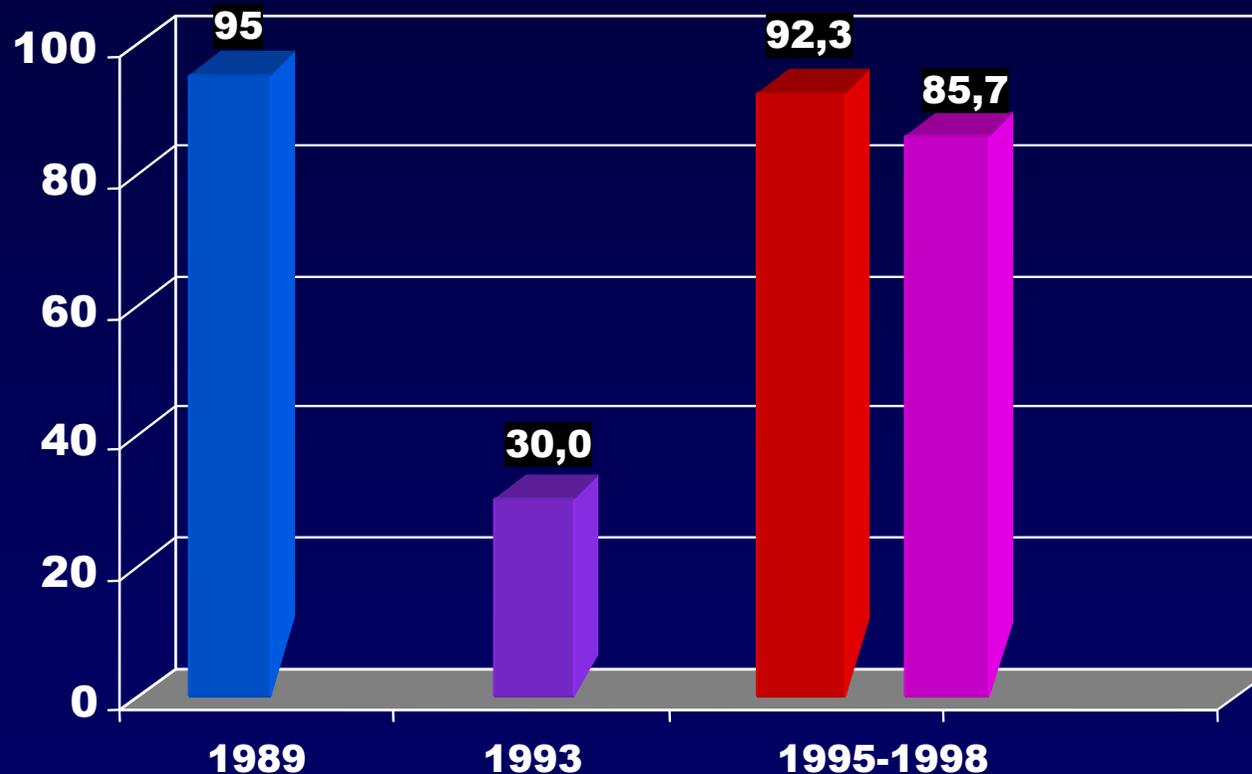


Algunos ejemplos en Perinatología:

- Corticoides y maduración pulmonar fetal
- Episiotomía rutinaria
- TRH y maduración pulmonar
- Aspirina y preeclampsia
- Tratamiento de la eclampsia
- Monitoreo electrónico de la FCF
- Ecografía sistemática en embarazos de bajo riesgo
- Antibióticos en la amenaza de parto prematuro
- Betamiméticos de sostén en la amenaza de parto prem.
- Cerclaje cervical en < de 3 partos inmaduros
- Estrógenos en la amenaza de aborto
- Varios de los tratamientos del retardo del crecimiento fetal



Incorporación a la práctica de la mejor evidencia sobre cuidado médico:



- uso de episiotomía en primíparas en Argentina (año 1989)
- necesidad de episiotomía en primíparas según evidencias
- episiotomía en Latinoamérica (107 maternidades)
- episiotomía en Argentina (38 maternidades)

Althabe, F y cols
BMJ 2002; 324: 945-6



Incorporación a la práctica de la mejor evidencia sobre cuidado médico:

1972: demostración **suficiente y publicada** (*Pediatrics*. 1972; 50:515-25) del efecto beneficioso de la administración de corticoides a la madre con amenaza de parto prematuro en la prevención del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro

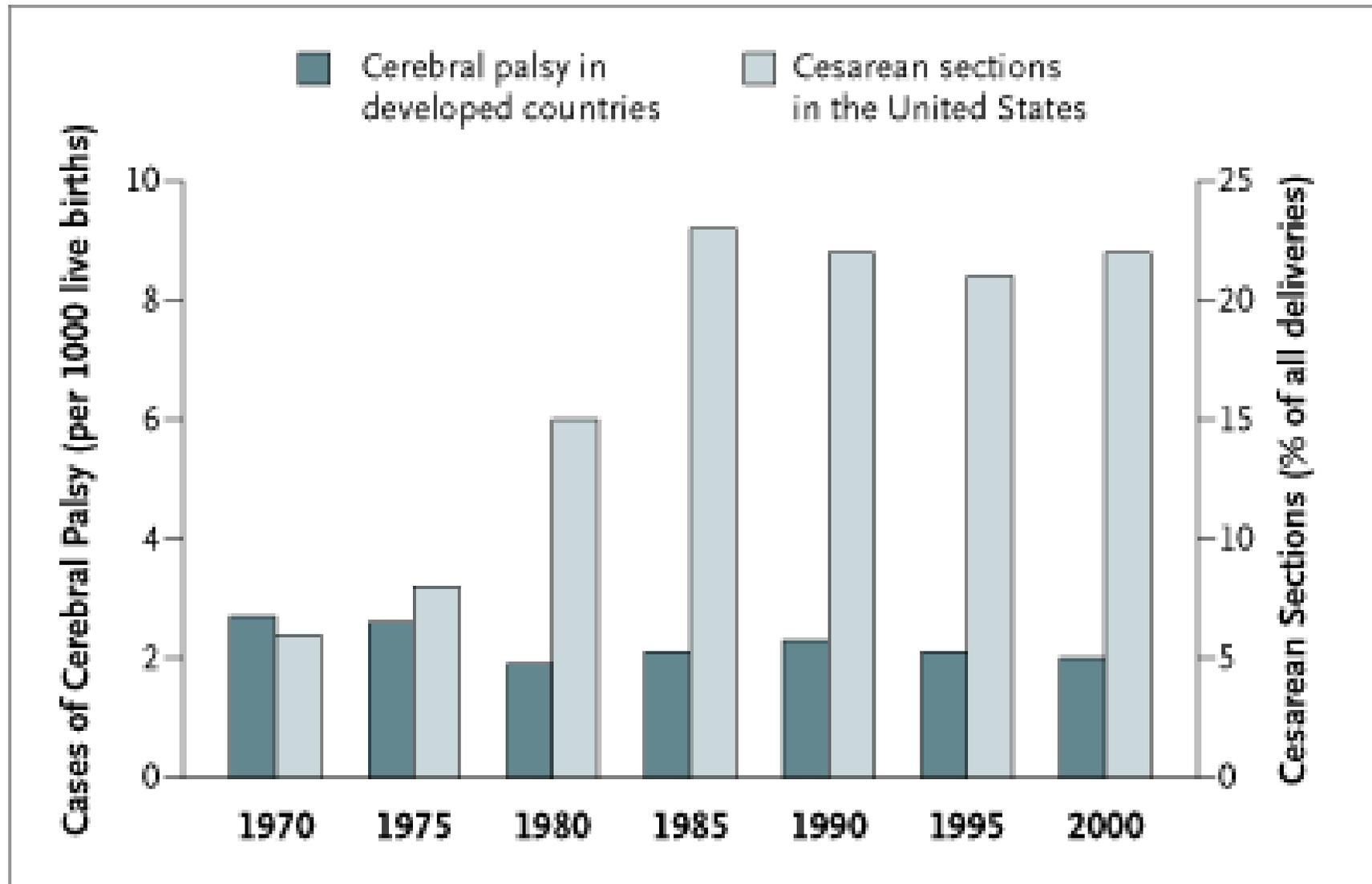
22 años después !!!!!!!



The Cochrane Library.Ink

1994: primera recomendación oficial (*American College of Obstetrics and Gynecology*) para la utilización de los corticoides para la situación antedicha

... que al comprender la patogenia y fisiopatología de las enfermedades se podía delinear una guía apropiada para la asistencia





Fetal Pulse Oximetry and Cesarean Delivery

New Engl J Med 2006; 355: 2195-202 ([November 23](#))

Table 2. Intrapartum Outcomes According to Study Group Assignment.

Outcome	Open Group (N=2629)	Masked Group (N=2712)	P Value	Relative Risk (95% CI)
Entire cohort — no. (%)				
Cesarean delivery				
Overall	692 (26.3)	747 (27.5)	0.31	0.96 (0.87–1.04)
Nonreassuring fetal heart rate	187 (7.1)	213 (7.9)	0.30	0.91 (0.75–1.09)
Dystocia	490 (18.6)	521 (19.2)	0.59	0.97 (0.87–1.08)
Forceps or vacuum-assisted delivery	380 (14.5)	400 (14.7)	0.76	0.98 (0.86–1.12)
Spontaneous delivery	1557 (59.2)	1565 (57.7)	0.26	1.03 (0.98–1.07)
Women with nonreassuring fetal heart rate before randomization who underwent cesarean delivery — no./total no. (%)				
Overall	327/1055 (31.0)	339/1113 (30.5)	0.79	1.02 (0.90–1.15)
Nonreassuring fetal heart rate	104/1055 (9.9)	123/1113 (11.1)	0.36	0.89 (0.70–1.14)
Dystocia	216/1055 (20.5)	210/1113 (18.9)	0.35	1.09 (0.92–1.29)



Fetal Pulse Oximetry and Cesarean Delivery

New Engl J Med 2006; 355: 2195-202 ([November 23](#))

Table 3. Maternal and Infant Outcomes.

Outcome	Open Group (N=2629)	Masked Group (N=2712)	P Value
Maternal — no. (%)			
Chorioamnionitis*	282 (10.7)	291 (10.7)	1.00
Postpartum endometritis†	114 (4.3)	120 (4.4)	0.87
Wound complication‡	4 (0.2)	3 (0.1)	0.72
Infant — no. (%)			
5-minute Apgar score <4	6 (0.2)	3 (0.1)	0.34
Umbilical-artery blood pH value <7.0§	13 (0.6)	12 (0.5)	0.79
Intubation at birth	19 (0.7)	19 (0.7)	0.92
Neonatal intensive care	126 (4.8)	147 (5.4)	0.30
Sepsis	9 (0.3)	8 (0.3)	0.76
Hypoxic–ischemic encephalopathy	0	1 (<0.1)	1.00
Stillbirth	0	0	—
Neonatal death	0	1 (<0.1)	1.00
Facial marks from the sensor	152 (5.8)	155 (5.7)	0.92
Composite outcome¶	84 (3.2)	91 (3.4)	0.74

* Chorioamnionitis was diagnosed in women with a body temperature of 38°C or higher during labor who had no other apparent source of infection and who had at least one of the following: uterine tenderness, foul-smelling vaginal discharge or amniotic fluid, or maternal or fetal tachycardia.

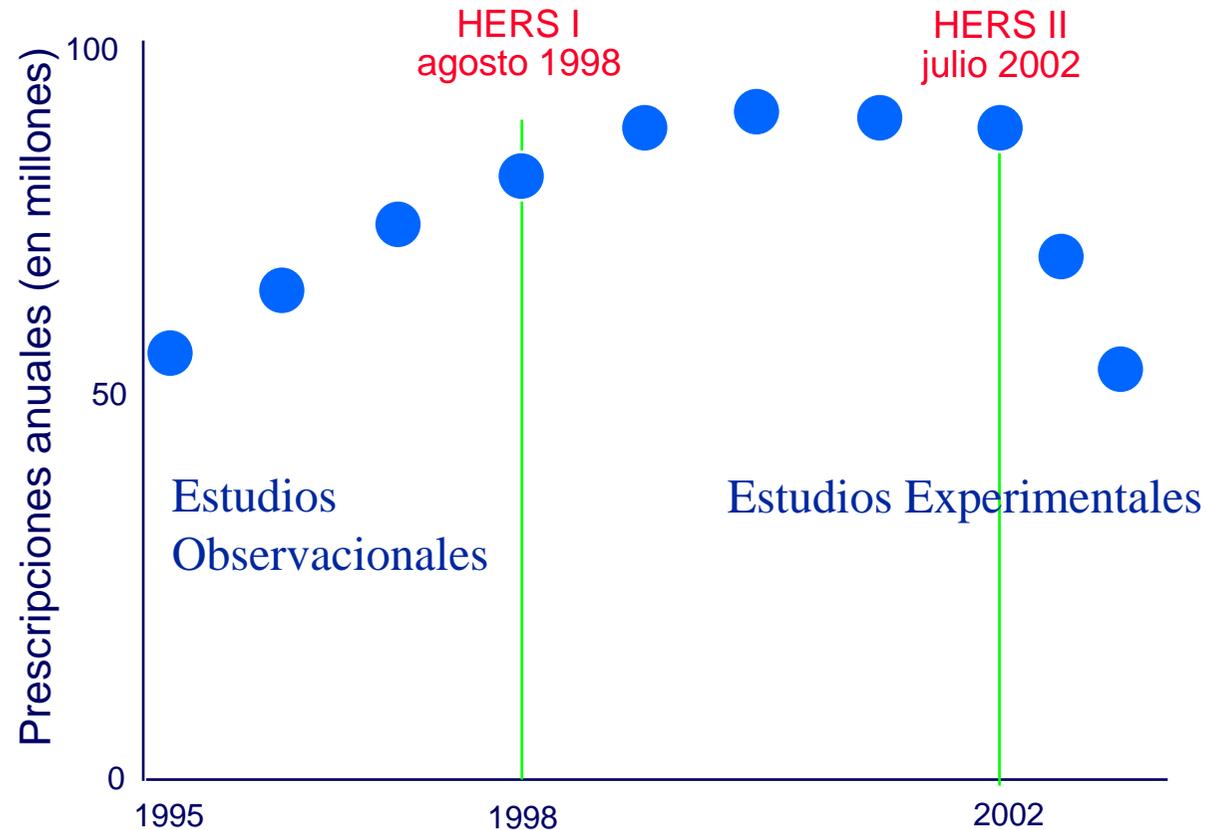
† Postpartum endometritis was diagnosed in women who had a body temperature of 38°C or higher and uterine tenderness without another source of infection.

‡ Wound complications included seroma, hematoma, and cellulitis.

§ Data were missing for 361 infants in the open group and 385 in the masked group.

¶ The composite outcome includes one or more of the following: 5-minute Apgar score of less than 4, umbilical-artery blood pH value of less than 7.0, seizures, intubation in the delivery room, stillbirth, neonatal death, and admission to the neonatal intensive care unit for more than 48 hours.

Modificación de la tendencia de prescripción de terapia de reemplazo hormonal en la perimenopausia acorde a la publicación de evidencias
JAMA 2004; 291: 47-53





Contexto general

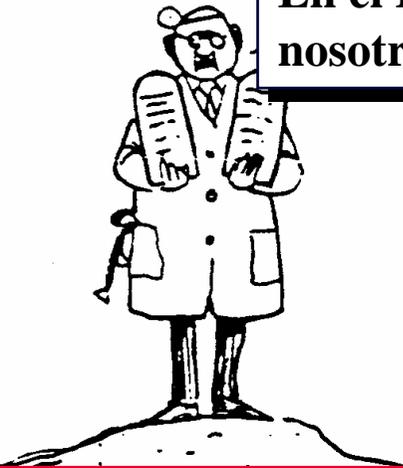
No estamos habituados a recurrir a las evidencias científicas para fundamentar nuestras decisiones asistenciales



Causas del problema ...

¿Cuales son algunos de los factores más influyentes en la selección de cuidados para la salud y que dificultan la introducción de la evidencia a la práctica?

En el Hospital,
nosotros siempre



LA SEDUCCION DE LA
AUTORIDAD

MI ULTIMO CASO...

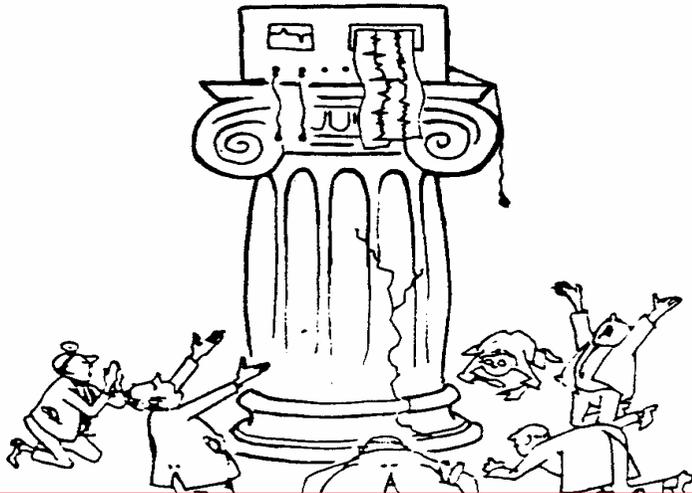
HE SABIDO QUE...

EL LIBRO DICE...

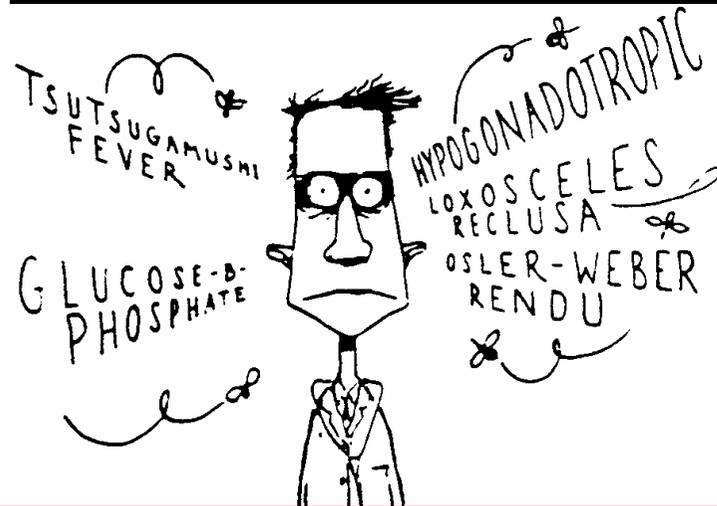
SIEMPRE ENSEÑE QUE...

EN MI CASUISTICA...

LA MEDICINA BASADA EN
LAS ANECDOTAS



LA FASCINACION POR LA
TECNOLOGIA



LA PEDANteria DEL
MEDICO

¿Cómo
hacerlo
mejor?

Mejor, revisar
y aplicar las
evidencias



**La selección de cuidados para
la Salud basados en las
mejores evidencias existentes**



**es el espíritu de la Medicina
Basada en las Evidencias**



Cuidados para la Salud





Toma de decisiones

- Más del 80% de los pacientes son asistidos por médicos con menos de 7 años de práctica
- Adquirir experiencia suficiente es un proceso que lleva mucho tiempo, generalmente más de 15 años.
 - Necesidad de acelerar ese proceso
- Componente ético



Interrogante

¿Cómo conciliar la “urgencia” por el conocimiento y la falta de tiempo para adquirirlo con la necesidad de prestar la “mejor” asistencia?

La respuesta es:
implementando guías clínicas
basadas en las evidencias



Guías Clínicas

Son informes desarrollados sistemáticamente para asistir al profesional y al paciente en la toma de decisiones acerca del cuidado de salud apropiado para una circunstancia clínica específica

Instituto de Medicina de la
Academia Nacional de Ciencias, EE.UU., 1990

Las guías sugieren una secuencia concisa de cuidados para estados de la salud definidos, basados en las mejores evidencias disponibles, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica y el control de costos innecesarios tanto para su diagnóstico como para su tratamiento.



Guías Clínicas

Para aplicarlas adecuadamente, se requiere:

Conocer las premisas que regulan la investigación clínica para dar a cada evidencia su verdadero valor

Adquirir la práctica que permita conciliar las evidencias con el criterio clínico

Evaluar sistemáticamente los resultados de la aplicación de las recomendaciones

De la Evidencia a la Práctica

- Analizar rigurosamente las evidencias permite calificar la confiabilidad de las conclusiones
- ellas deben constituirse en las guías para establecer las recomendaciones asistenciales





Graduación de la Evidencia

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Intervenciones
A	1a	Revisión sistemática de RCTs
	1b	Un ensayo randomizado controlado
B	2a	Revisión sistemática de cohortes
	2b	Cohorte individual
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control
	3b	Caso-control individual
C	4	Series de casos
D	5	Opinión de expertos sin análisis crítico



IAMBE

Instituto Argentino de
Medicina Basada en las Evidencias

www.iambe.org.ar

iambe@iambe.org.ar