



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
ISSN: 0034-7434
ISSN: 2463-0225
Federación Colombiana de Obstetricia y
Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA A LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS Y LOS RESÚMENES DE EVIDENCIA

Gaitán-Duarte, Hernando

DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA A LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS Y
LOS RESÚMENES DE EVIDENCIA

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 71, núm. 2, 2020

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195264148001>

DOI: 10.18597/rcog.3579

DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA A LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS Y LOS RESÚMENES DE EVIDENCIA

FROM EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINES TO CLINICAL PROTOCOLS AND EVIDENCE SUMMARIES

Hernando Gaitán-Duarte

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 71, núm. 2, 2020

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

DOI: 10.18597/rcog.3579

CC BY-NC-ND

Uno de los problemas más relevantes en la atención hospitalaria es la variabilidad en la práctica clínica. Esta ha sido definida como “la desigualdad en la utilización de los diferentes recursos sanitarios entre distintas áreas geográficas o entre niveles asistenciales, en unas circunstancias donde la adaptación de los recursos y conocimientos del sistema deberían responder primordialmente a las necesidades particulares de cada paciente”¹. El campo de la obstetricia y la ginecología no ha sido inmune a este problema. Por ejemplo, en 2015, la extirpación de los ovarios al momento de una histerectomía por patología benigna del útero variaba del 50 % en Estados Unidos, al 30 % en Australia y 12 % en Alemania². En cuanto a la cesárea, Latinoamérica tiene las más altas en frecuencia de cesáreas con el 40 % de los partos, seguida por Norteamérica con el 30 %, Europa con el 25 %, Asia con el 19 % y África con el 7 %³. No es claro que la amplia variación en la frecuencia de esta cirugía responda a las necesidades de las pacientes, sino que, más bien, parece responder a diferentes estilos de la práctica de la medicina. El problema surge cuando esta variabilidad se acompaña de malos resultados en salud para la población como, por ejemplo, incremento de los eventos adversos, aumento injustificado en los costos, o cuando se presentan como consecuencia de las inequidades en salud entre las poblaciones¹.

Como ejemplo de malos resultados se ha descrito que el parto por cesárea electiva se acompaña del incremento del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, en gestaciones con menos de 38 semanas y 6 días⁴. De esta manera, la variabilidad en la práctica obstétrica aumenta el costo para los servicios de salud al incrementar el costo del parto y del manejo de la dificultad respiratoria del recién nacido. En el caso de la ooforectomía profiláctica se ha discutido mucho su beneficio para reducir el riesgo de cáncer de trompa, de ovario o de seno, comparado con los riesgos, especialmente cuando se realiza antes de los 45 años, por incremento de enfermedad cardiovascular, osteoporosis, alteraciones

cognitivas y mala calidad de vida⁵. La realización de la ooforectomía también aumentaría la necesidad de terapia de suplencia hormonal u otros tratamientos médicos para el manejo de las condiciones secundarias, con el incremento en los costos de bolsillo y en los del sistema de salud.

La variabilidad clínica no solo afecta nuestra especialidad, ejemplos claros hay en otras especialidades quirúrgicas en procedimientos como la revascularización carotídea, la cirugía para la obesidad mórbida, la enfermedad vascular periférica en diabéticos, el cáncer de próstata⁶, o en el uso inadecuado de antibióticos profilácticos en cirugía pediátrica, que incrementa el riesgo de infecciones oportunistas en los sujetos que los reciben⁷.

Otro ejemplo de variabilidad de la práctica clínica, que se halla en el marco de la definición antes planteada, se encuentra en este número de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG), que presenta un problema de variabilidad en la utilización de servicios salud, ejemplo claro de inequidad. El estudio de Martínez-Pérez et al. señala que uno de los factores que más influye en el retraso del diagnóstico del cáncer de seno en Antioquia, Colombia, es la afiliación al sistema de seguridad social subsidiado por el Estado en comparación con el régimen contributivo de los trabajadores.

Anteriormente, se consideraba que la experiencia del médico era la mejor garantía para prevenir los malos resultados en salud, sin embargo, varias situaciones cambiaron esta percepción: La aplicación de la epidemiología al proceso de la toma de decisiones en la atención del paciente individual, conocida como epidemiología clínica⁸ o epidemiología moderna⁹, que permitió hacer una aplicación más directa de los estimadores de frecuencia en los conceptos de riesgo de enfermedad¹⁰, o hacer predicciones sobre quién va a enfermar o morir¹¹, así como el fortalecimiento de diseños epidemiológicos, entre ellos, el desarrollo de ensayos controlados aleatorizados apoyados en metodologías estadísticas robustas para evaluar el efecto de las intervenciones¹². Esta aproximación resultó en el desarrollo de la medicina basada en la evidencia que orientó hacia la importancia de medir los resultados y la adecuada selección de los desenlaces más relevantes según la condición subyacente¹³ la evaluación de la validez de los estudios publicados¹⁴. Posteriormente, se llegó al desarrollo de las revisiones sistemáticas de intervenciones que permitieron una aproximación más precisa a la efectividad y seguridad de estas¹⁵. De esta manera, se arriba al concepto actual de que la toma de decisiones informadas es una alternativa para poder tener mejores resultados en salud, y se convierte en piedra angular del ejercicio médico, conjuntamente con la experiencia clínica.

Estas aproximaciones metodológicas se han utilizado más frecuentemente en la evaluación de tratamientos médicos y, en menor medida, en tratamientos quirúrgicos, donde frecuentemente la evolución rápida de tecnologías ha impedido hacer estudios con grupos control y asignación aleatoria¹⁶. Sin embargo, en la actualidad, la disponibilidad de los registros clínicos digitales y el interés de los médicos, los pacientes

y los pagadores por conocer el valor terapéutico de los diferentes procedimientos quirúrgicos hechos a gran escala, en términos de buenos y malos resultados, han sido elementos importantes para conocer la variabilidad en la realización de procedimientos quirúrgicos. Por último, se ha descrito que se tiene menor variabilidad en las especialidades quirúrgicas cuando se aplican métodos basados en el aprendizaje y la apropiación de los procesos de mejoramiento de la calidad por los cirujanos, en los servicios quirúrgicos y las instituciones de salud⁷.

Uno de los objetivos de la aplicación de los métodos de mejoramiento de la calidad en salud es lograr una reducción en la variabilidad de las intervenciones. Así, se reconoce que los centros de excelencia son lugares donde un procedimiento médico particular se entrega de una manera única y enfocada en los pacientes, por ejemplo, para atención de la patología de seno o de cirugía de cadera¹⁷. Estos centros de excelencia producen muy buenos resultados en salud y reducen los costos¹⁸.

Entre las medidas que se han utilizado para reducir la variabilidad en los servicios hospitalarios están las guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia. Las GPC son declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención del paciente, las cuales se basan en una revisión sistemática de evidencia y una evaluación de los beneficios y daños de las opciones de atención alternativas. Se caracterizan por tener un protocolo, varias preguntas por responder a partir de una búsqueda sistemática de la evidencia médica disponible, una apreciación de la certeza en los efectos que presenta la evidencia, y unas recomendaciones para ser aplicadas, que se construyen por un grupo interdisciplinario con base en los riesgos, beneficios, preferencias y costos, las cuales deben ser actualizadas periódicamente¹⁹. Como ejemplo de ellas tenemos las guías publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en 2013 para el manejo de la ruptura prematura de membranas²⁰. No obstante, la adhesión a las GPC es muy variable. Por ejemplo, la adherencia a guías para el uso de corticosteroides antenatales (ANC, por sus siglas en inglés) en Nueva Zelanda, evaluada por medio de una encuesta, mostró que el 52 % de los entrevistados prescribió un curso inicial de ANC a las ≥ 35 semanas, el 93 % informó haber prescrito ANC a las ≥ 35 semanas antes de la cesárea electiva, y el 29 % excedió las recomendaciones sobre el número de cursos repetidos²¹. Por otra parte, en oncología se ha informado que la adherencia a la guía de tromboprolifaxis en cáncer varía entre el 19 y 70 % en diferentes estudios²². Esta baja adherencia se explica por varias razones, entre ellas: por hábitos arraigados del médico, falta de conocimiento de las guías, falta de credibilidad en lo que estas dicen, el concepto de la necesidad de que cada paciente sea visto de manera individual, o por la complejidad de la organización o de la implementación de la guía²². En el campo de la hemorragia posparto se ha descrito que uno de los factores asociados a los malos resultados maternos es la falta de claridad en las guías de práctica clínica o que estas no se conocen suficientemente²³. Por último, en muchas situaciones específicas se ha señalado que las GPC son demasiado

amplias y generalizadas en su enfoque y que, por tanto, no responden de manera adecuada a las necesidades de información e indicaciones técnicas relevantes para la adecuada realización de procedimientos quirúrgicos particulares de la comunidad médica.

De esta manera, se requieren alternativas a las GPG en condiciones específicas, que faciliten la identificación de las recomendaciones claves, que sean claras, creíbles y sencillas en su manejo. Se han sugerido varias alternativas, como las llamadas vías de práctica clínica, los procedimientos específicos y los resúmenes de evidencia. Las vías clínicas, también llamadas protocolos clínicos basados en la evidencia, han sido definidas como: “herramientas de gestión clínica que organizan y determinan la secuencia y duración de todos los tipos de intervenciones del personal de salud y de servicios hospitalarios para la atención de una condición o un procedimiento específico”²⁴. Generalmente describen recomendaciones y las actividades que las soportan (muchas de ellas conocidas), algunas basadas en la evidencia y otras en la experiencia previa de la organización; también se describen, los responsables y siguen una secuencia de tiempos y lugares (servicios quirúrgicos) de administración²⁵. Por otra parte, están los procesos para procedimientos específicos, que proveen recomendaciones prácticas basadas en la evidencia, dirigidas a situaciones o condiciones concretas; estos siguen las metodologías sistemáticas para búsquedas de la literatura, así como la utilización o construcción de revisiones sistemáticas de la literatura de intervenciones a partir de ensayos clínicos controlados o revisiones sistemáticas de intervenciones para procedimientos específicos, que son interpretados por grupos de consenso de trabajadores de la salud interesados en que el procedimiento tenga la mejor calidad, y en incrementar los beneficios y disminuir los riesgos²⁶; estos han sido liderados por grupos de anestesiólogos especialistas en el manejo del dolor^{27,28}. Por último, están los resúmenes basados en la evidencia, que son artículos breves que resumen la evidencia internacional existente sobre intervenciones de atención médica y procesos de atención comunes en temas clínicos específicos dirigidos a profesionales de la salud. Se basan en búsquedas estructuradas de la literatura, enfocadas en problemas específicos, los cuales son elaborados después de una apreciación crítica de la calidad y están sujetos a la revisión por pares para verificar que se cumplen unos requisitos. Su objetivo es informar y guiar la toma de decisiones en la política y práctica clínica²⁹.

En este número de la RCOG presentamos los resúmenes basados en la evidencia para la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central (CVC). Decidimos publicarlos ya que muchas de nuestras pacientes obstétricas tienen complicaciones serias del embarazo, tales como la preeclampsia severa, la hemorragia posparto, la sepsis obstétrica o el embolismo pulmonar, que requieren la colocación de estos dispositivos médicos, y nuestros colegas cada vez con más frecuencia hacen parte del equipo interdisciplinario que maneja estas pacientes en las unidades de cuidado intensivo; también, porque parte de nuestro objetivo es

publicar manuscritos enfocados en la salud de la mujer en todos los momentos de su vida. Creemos que este tipo de documentos, enfocados en problemas específicos, con información válida dada de manera sencilla, clara y concisa, son necesarios en los servicios de urgencias y de atención hospitalaria, para hacer que su atención sea más segura y de mejor calidad. Invitamos a los especialistas de nuestra área en el país y la región a desarrollar y presentar este tipo de documentos cortos basados en la mejor evidencia disponible para beneficio de nuestros trabajadores de la salud y la mujer latinoamericana.

REFERENCIAS

1. Molina Arias M. Análisis de las causas de la variabilidad en la práctica médica. *Evid Pediatr.* 2011;7:21.
2. Hammer A, Rositch AF, Kahlert J, Gravitt PE, Blaakaer J, Sogaard M. Global epidemiology of hysterectomy: Possible impact on gynecological cancer rates. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):23-9. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.019.
3. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990- 2014. *PLoS One.* 2016;11(2): e0148343. Doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
4. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ* 2008;336:85-7. Doi: 10.1136/bmj.39405.539282.BE
5. ACOG Committee Opinion No. 774. Summary: Opportunistic salpingectomy as a strategy for epithelial ovarian cancer prevention. *Obstet Gynecol.* 2019;133(4):842-3. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003165.
6. The Dartmouth Atlas of Health Care. Variation in the care of surgical conditions. A Dartmouth Atlas of Health Care Series; 2014. Disponible en: https://www.dartmouthatlas.org/downloads/atlas/Surgical_Atlas_2014.pdf
7. Sandora TJ, Fung M, Melvin P, Graham DA, Rangel SJ. National variability and appropriateness of surgical antibiotic prophylaxis in US children's hospitals. *JAMA Pediatr.* 2016;170(6):570-6. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.0019
8. Spitzer WO. Clinical epidemiology. *J Chronic Dis.* 1986;39(6):411-5. Doi: 10.1016/0021-9681(86)90107-4
9. Rothman K, Greenland K. *Modern Epidemiology.* 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
10. Feinstein AR. Misguided efforts and future challenges for research on "diagnostic tests". *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(5):330-2. doi: 10.1136/jech.56.5.330
11. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: I. The constraining fundamental paradigms. *Ann Intern Med.* 1983;99(3):393-7. Doi: 10.7326/0003-4819-99-3-393
12. Weiss N. Clinical epidemiology. En: Rothman K, Greenland K. *Modern Epidemiology.* Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):395-400. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
14. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 1993;270:2093-5. Doi: 10.1001/jama.1993.03510170083036
15. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman AD. Chapter 1. Introduction. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Doi: 10.1002/9780470712184.ch1.
16. McCulloch P, Taylor I, Sasako M, Lovett B, Griffin D. Randomised trials in surgery: Problems and possible solutions. *BMJ*. 2002;324(7351):1448-51. Doi: 10.1136/bmj.324.7351.1448
17. Advisory Board. Why is a 'center of excellence' different from an institute?. 2011 Disponible en: <https://www.advisory.com/research/market-innovation-center/the-growth-channel/09/what-is-the-difference-between-a-center-of-excellence-and-an-institute>
18. Mehrotra A, Sloss EM, Hussey PS, Adams JL, Lovejoy S, Soohoo NF. Evaluation of centers of excellence program for knee and hip replacement. *Med Care*. 2013;51(1):28-36. Doi: 10.1097/MLR.0b013e3182699407
19. Institute of Medicine (US). Committee on Standards for Developing Trustworthy. Clinical Practice Guidelines, Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington: National Academies Press; 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209538/>
20. Amaya-Guío J, Rubio-Romero JA, Arévalo-Mora L, Osorio-Castaño JH, Edna-Estrada F, Ospino-Guzmán MP. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66(4):263- 86. Doi: 10.18597/rcog.293
21. Tuohy JF, Harding JE, Crowther CA, Bloomfield FH. Reported adherence to current antenatal corticosteroid guidelines in Australia and New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(3):416-21. Doi: 10.1111/ajo.12890
22. Mahé I, Chidiac J, Helfer H, Noble S. Factors influencing adherence to clinical guidelines in the management of cancer-associated thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2016;14(11):2107-213. Doi: 10.1111/jth.13483
23. Woiski MD, Belfroid E, Liefers J, Grol RP, Scheepers HC, Hermens RP. Influencing factors for high quality care on postpartum haemorrhage in the Netherlands: Patient and professional perspectives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:272. Doi: 10.1186/s12884-015-0707-9
24. Zander K. Critical pathways. En: Melum MM, Sinioris MK, editors. *Total quality management*. AHA, Chicago: The Health Care Pioneers; 1992.
25. Romero M, Soria V, Ruiz P, Rodríguez E, Aguayo JL. Guías y vías clínicas, ¿existe realmente diferencia? *Cir Esp*. 2010;88(2):81-4. Doi: 10.1016/j.ciresp.2010.03.021

26. Lee B, Schug SA, Joshi GP, Kehlet H, Prospect Working Group. Procedure-specific pain management (Prospect) - An update. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2018;32(2):101-11. Doi: 10.1016/j.bpa.2018.06.012
27. The European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy. Prospect: Evidence-based, procedure-specific postoperative pain management. Disponible en: <https://esraeurope.org/pain-management/>
28. Kehlet H, Wilkinson RC, Fischer HB, Camu F; Prospect Working Group. Prospect: Evidence-based, procedure-specific postoperative pain management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2007;21(1):149-59. Doi: 10.1016/j.bpa.2006.12.001
29. Stephenson M. Implementation Science Team. The Joanna Briggs Institute Scientific Writer Handbook. 2018. Disponible en: http://joannabriggs-wbdev.org/assets/docs/scientificWriters/JBI%20Scientific%20Writer%20Handbook_July%202018.pdf