

La necessità di una ostetricia fondata sulle prove

Murray W. Enkin, McMaster University Hamilton, Ontario, Canada (1996)

Premessa

Tutti gli elementi dell'assistenza sanitaria dovrebbero essere fondati su valutazioni di efficacia e di costo-efficacia. Ci sono, tuttavia, alcuni motivi convincenti per attribuire a noi, come ostetrici, una peculiare responsabilità e per ritenere che l'ostetricia debba essere "più equa" delle altre discipline sanitarie nella necessità di essere fondata su solide prove di efficacia.

I nostri assistiti

La prima fra queste ragioni è la natura particolare dei nostri assistiti. Nella maggior parte delle discipline mediche, le persone vanno dal medico perché sono malate e richiedono una terapia o comunque un aiuto. In ostetricia, le donne gravide arrivano a noi sane, ma con l'opinione iatrogenica che l'assistenza medica migliorerà ulteriormente gli eccellenti risultati che la natura ha già loro assicurato.

Il nostro coinvolgimento professionale nella procreazione accresce la nostra responsabilità. La presenza del bambino, che non ha nessuna possibilità di scelta in materia, la raddoppia.

Le nostre pratiche

La maggior parte dell'assistenza antenatale e durante il parto è costituita da una gigantesca attività di screening nel quale vengono somministrati interventi diversi, in uno sforzo imponente per svelare una patologia insospettabile in donne apparentemente sane. L'idea di prevenzione piuttosto che di cura è stata portata a limiti estremi che appaiono ingiustificati. C'è un proverbio medico che recita: "Un punto dato in tempo ne risparmia nove", ma se diamo un singolo punto mille volte per risparmiarne nove, abbiamo sostenuto una spesa enorme per un modesto beneficio. E si potrebbe ragionare a lungo sui benefici che potrebbero essere stati raggiunti se quelle risorse fossero state usate in modo più efficiente.

Per essere utile, un test di screening dovrebbe essere usato per identificare problemi di salute rilevanti, per i quali siano disponibili forme efficaci di trattamento, capaci cioè di prevenire o di modificare positivamente esiti sfavorevoli per la salute. Poche delle attività di screening che caratterizzano l'assistenza ostetrica rispettano questi criteri.

Un altro elemento importante dell'assistenza ostetrica, divenuto progressivamente più sgradevole durante i miei anni di pratica, è rappresentato dai consigli che vengono dati alla donna in gravidanza: consigli preconfezionati e consigli sulla dieta, sull'attività sessuale, sul riposo, sul lavoro, sull'esercizio fisico, sul rilassamento, sul fumo e sul bere (latte, caffè ed alcool). Questi consigli sono poderosi ed producono conseguenze importanti sul piano fisico, sociale, emotivo e finanziario delle donne e delle loro famiglie. Benchè siano consigli banali, non possono essere facilmente rifiutati perché agiscono sulla preoccupazione della donna gravida per il benessere del suo bambino non ancora nato e perché vengono formulati da chi ritiene di essere l'autorità in tema di salute riproduttiva. In realtà, la validità di molti di questi consigli non è stata valutata adeguatamente. Per sostenere di essere in grado migliorare gli esiti di salute di donne sane e dei loro bambini, gli ostetrici hanno la precisa responsabilità di dimostrare che i loro interventi producono più benefici che danni.

La nostra sfida

Dopo avere rimproverato la classe medica nel suo complesso ("E' certamente una grande critica alla nostra professione non avere organizzato un sommario critico, per specialità o subspecialità, aggiornato periodica-

mente, di tutti i trials randomizzati e controllati rilevanti"), proprio Archie Cochrane ha riservato il suo scherzo particolare per la nostra disciplina: "Di tutte le specializzazioni mediche, l'ostetricia e ginecologia è quella probabilmente meno basata su prove di efficacia. Gli ostetrici hanno un passato illustre.... ma la disciplina sembra essersi recentemente smarrita. L'ostetricia ha perso la sua prima occasione negli anni sessanta, quando ha mancato di sottoporre a sperimentazione controllata randomizzata il ricovero di donne gravide a basso rischio in ospedale vs il domicilio. Dopo aver riempito i letti vuoti ricoverando quasi tutte le donne gravide in ospedale, gli ostetrici hanno iniziato ad introdurre tutta una serie di innovazioni costose nella routine delle cure pre- e post-natali e durante il parto, senza alcuna valutazione rigorosa. La lista delle procedure introdotte senza valutazione è lunga, ma le più importanti sono l'induzione del travaglio, gli ultrasuoni, il monitoraggio fetale e i test di funzionalità placentare. L'ostetricia ha raggiunto il suo apogeo nel 1976 quando ha prodotto il 20% di bambini in meno con il 20% di spesa in più. Dopo attenta meditazione, ma senza preghiere, ho conferito loro il cucchiaino di legno [simbolo di inefficacia ed inefficienza, NdT]".

E' piacevole essere notati, ma certamente avremmo preferito una forma diversa di notorietà. Cochrane in seguito ha eliminato l'onta del cucchiaino di legno dall'ostetricia, ma rimangono ancora dei dubbi se tale sospensione del giudizio fosse realmente giustificata.

Disponibilità dell'evidenza

Gran parte delle prove di efficacia necessarie per una pratica ostetrica evidence-based è ora disponibile ed accessibile. Esperimenti controllati in medicina perinatale sono stati eseguiti fin dal 1922, quando Johnston e Sidall hanno confrontato il tasso di infezione tra donne che avevano subito una rasatura perineale in travaglio rispetto a donne senza tricotomia, senza rilevare alcuna prova dei vantaggi di questa barbara pratica.

Più di 20 anni dopo Iain Chalmers cominciò a lavorare sul suo registro degli studi clinici controllati randomizzati (RCTs) sull'assistenza perinatale e a costituire un gruppo internazionale di collaboratori e revisori. Sono entrati nel registro più di 7000 RCTs ed i loro risultati sono stati sintetizzati in circa 600 diverse revisioni sistematiche regolarmente aggiornate.

Edizioni successive su floppy disk dell'Oxford Database of Perinatal Trials e del Cochrane Pregnancy and Childbirth Database, che gli è succeduto, hanno reso queste rigorose prove scientifiche di efficacia disponibili elettronicamente per chi ne ha necessità: tutti coloro che praticano, utilizzano o forniscono le risorse necessarie per l'assistenza perinatale.

Attualmente, le revisioni sistematiche elaborate dal Cochrane Pregnancy and Childbirth Collaborative Review Group sono disponibili nella Cochrane Library. Per chi preferisce la carta stampata ai mezzi di comunicazione elettronici, queste revisioni sistematiche sono state pubblicate su riviste mediche di pubblicazione secondaria e nell'enorme, in due volumi (troppo lungo, troppo pesante e anche troppo costoso) *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* e nel suo volume gemello *Effective Care of the Newborn Infant*. Le conclusioni del primo libro sono ora disponibili in un volume in broccia dal prezzo ragionevole *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* [del quale una terza edizione è stata pubblicata nel giugno 2000, ora disponibile in versione integrale gratuita in linea. E' possibile mantenere costantemente aggiornate le indicazioni del testo, verificandone la coerenza con le conclusioni dell'ultima edizione di Cochrane Library, i cui riassunti sono pure disponibili gratuitamente. NdT] [1]. Insieme, questi lavori costituiscono ancora oggi l'unica raccolta completa esistente di revisioni sistematiche per una intera disciplina medica [la sottolineatura è nostra, NdT].

Il gap tra l'evidenza e la nostra pratica

Come gruppo, siamo stati pigri nell'incorporare l'evidenza scientifica derivata da esperimenti controllati nella pratica clinica. Malgrado Johnston e Sidall abbiano demolito la rasatura perineale più di 70 anni fa, la procedura era routinariamente usata quando ho cominciato la mia pratica clinica ed ancora persiste in molte realtà. Benchè fin dal 1972 sia dimostrato che somministrare corticosteroidi a donne a rischio di parto pretermine è sicuro e riduce il rischio di morte perinatale per sindrome da distress respiratorio, 20 anni più tardi viene ancora proposto e somministrato a meno di un quarto delle donne i cui bimbi ne beneficerebbero.

I nostri colleghi e le nostre pazienti hanno il diritto di attendersi che le prove di efficacia, tanto delle vecchie come delle nuove procedure, siano incorporate rapidamente ed in modo appropriato nella pratica clinica immediatamente dopo la loro pubblicazione e diffusione.

Le revisioni sistematiche sui risultati dell'assistenza ostetrica, pubblicate sia a stampa che elettronicamente, sono ora disponibili in tutto il mondo. Malgrado ciò, le modalità di assistenza perinatale variano largamente da paese a paese, da comunità a comunità, da istituzione a istituzione e fra i singoli professionisti. Queste differenze sono evidenti sia nel ricorso ad interventi altamente tecnologici e a costo elevato che negli interventi a basso costo, il che non può essere spiegato con le differenze nelle risorse disponibili. L'ampiezza della variabilità, malgrado un corpo comune di informazioni solidamente basate sulla ricerca, indica che l'ostetricia non è così scientifica come vorrebbe essere.

L'aumento esponenziale delle prove di efficacia dell'assistenza ostetrica è gratificante, ma c'è la necessità urgente di tradurre queste evidenze nella pratica clinica. La disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è sufficiente a modificare le linee di condotta o la pratica cliniche. Linee guida prodotte a livello nazionale ed internazionale hanno un impatto minimo, ed una validazione locale da parte di opinion leaders è necessaria per portare la pratica clinica in linea con le prove scientifiche di efficacia. Come ostetrici, abbiamo collettivamente richiesto di avere la responsabilità dell'assistenza alla gravidanza ed abbiamo accettato la sfida che ci è stata lanciata. Ora disponiamo di una grande quantità di prove scientifiche di efficacia di alta qualità. La responsabilità di servircene è e resta giustamente sulle nostre spalle.

(Traduzione, autorizzata dall'autore, di G.Gori e V.Basevi)

Murray W. Enkin MD. The need for evidence-based obstetrics [Editorial]. Evidence-Based Medicine 1996;1:132

Per gentile concessione di Evidence-Based Medicine - BMJ Publishing Group, London, UK

Bibliografia

1. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E and others. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000