

Guías terapéuticas. ¿Qué puede esperarse de ellas?



Alfonso Moreno-González y Grupo de Trabajo FUINSA sobre Guías Terapéuticas*

Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

En la actualidad, los profesionales sanitarios nos encontramos inmersos en una sociedad en la que la generación, el tratamiento y la transmisión de la información se convierten en fuentes fundamentales de la productividad y el poder, debido a las nuevas condiciones tecnológicas que surgen en este período histórico¹.

En los últimos años, los conocimientos médicos necesarios para la práctica clínica habitual han aumentado de manera exponencial, de tal forma que se multiplican por 6 u 8 veces durante la carrera profesional de un médico^{2,3}. El análisis reciente de las necesidades informativas de los clínicos pone de manifiesto que en la mayoría de las ocasiones éstas surgen en las consultas, frente al paciente, y que las preguntas que se plantea el médico se refieren, sobre todo, a cuestiones de terapéutica medicamentosa⁴.

La prescripción de medicamentos es un proceso esencial en la actividad del médico, en el que la información clínica y científica desempeña un papel fundamental. Este proceso cotidiano, que supone una toma de decisiones de enorme complejidad, no está condicionado exclusivamente por la información, sino que está muy influido por otros factores, como las condiciones de trabajo, los objetivos de los gestores de los sistemas de salud, la formación previa de pregrado de los médicos, su acceso a la formación continuada, la actividad promocional de la industria farmacéutica, las opiniones de los colegas, las preferencias expresadas por los pacientes o los consejos de los expertos, por poner sólo algunos ejemplos.

En este contexto, y ante la práctica imposibilidad de que el médico asistencial compatibilice sus responsabilidades clínicas con el análisis crítico y completo de la avalancha de información sobre terapéutica medicamentosa que recibe, en todos los países se han elaborado diferentes instrumentos informativos, boletines, guías de práctica clínica (GPC) o guías terapéuticas (GT), en diferentes formatos, con una finalidad común, que consiste en seleccionar la información para facilitar la toma de decisiones en la prescripción de medicamentos.

Existe un gran debate sobre la efectividad de estos instrumentos y sobre su aceptación por parte de los clínicos. En una encuesta realizada a una muestra de médicos de atención primaria de toda España, la herramienta mejor valorada para apoyar la toma de decisiones clínicas fue la formación continuada, muy por encima de otras, como la educación al paciente, el contacto con otros profesionales a

través de sesiones clínicas o conferencias, los incentivos económicos o profesionales, la restricción de la información comercial o publicitaria, las GPC o la mejora del acceso a la información mediante GT⁵.

En los últimos años se ha avanzado mucho en los métodos de elaboración y diseño de las GPC, que se han sistematizado, aunque aún queda un proceso de perfeccionamiento por recorrer⁶. De hecho, se han definido instrumentos y recomendaciones que sirven de ayuda a la hora de su diseño y elaboración, entre ellas, por ejemplo, el instrumento AGREE⁷, también validado en español⁸, pensado y publicado para ayudar a los productores de GPC y para evaluar su calidad metodológica. También se han publicado las conclusiones de la conferencia sobre la estandarización de las GPC celebrada en EE.UU. en abril de 2002, donde se desarrolló una lista-guía para evaluar la calidad de las GPC⁹. Existen incluso registros de GPC. Por estos y otros motivos, en la actualidad existen bastantes GPC en España, elaboradas en la mayoría de los casos por sociedades científicas y que, en general, cuentan con el beneplácito y reconocimiento de la comunidad científica y de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, en cuanto a las GT, instrumentos cuyo objetivo también es mejorar el estado de salud de la población a través de la selección y el uso eficiente de las opciones terapéuticas disponibles, su situación no es la misma, dado que prácticamente no existen directrices y recomendaciones claras a la hora de su diseño, implantación y evaluación¹⁰. De hecho, si se revisan las distintas GT existentes en España, tanto las diseñadas por las sociedades científicas o grupos de profesionales sanitarios como las elaboradas por la administración sanitaria, existen diferentes formatos, objetivos y nomenclaturas^{11,12}. Desde el punto de vista metodológico, algunos aspectos parecen mejorables. Por ejemplo, la mayoría no sigue unos criterios de selección de las diferentes opciones terapéuticas en función del análisis comparativo y crítico de las pruebas científicas sobre su eficacia o efectividad, su toxicidad, su comodidad de administración y las repercusiones económicas globales de su uso.

Para poder tomar decisiones acertadas y lógicas que demuestren el verdadero valor terapéutico de los medicamentos hace falta, además de conocer la eficacia clínica, disponer de información sobre aspectos como su grado de efectividad clínica, el grado de la calidad de vida que producen, las preferencias y la satisfacción de los pacientes, la relación coste-efectividad, el cumplimiento terapéutico y la persistencia en el tratamiento, así como el grado de productividad laboral que permiten alcanzar, siempre que esta información esté disponible.

Podría ser de gran utilidad que, a la hora de elaborar y desarrollar las GT, se contemple una estandarización que asegure la inclusión de todo tipo de pruebas sobre las opciones evaluadas, que se tengan en cuenta alternativas a las recomendaciones y evidencias que las apoyan, que se reseñen

*Al final del artículo se detallan los nombres de las personas que forman parte del Grupo de Trabajo FUINSA sobre Guías Terapéuticas.

Correspondencia: Prof. A. Moreno González.
Fundación para la Investigación en Salud.
Velázquez, 59, 3.º dcha. 28001 Madrid. España.
Correo electrónico: sara.lopezsebastian@fuinsa.org

Recibido el 2-3-2005; aceptado para su publicación el 28-3-2005.

las dificultades de su puesta en práctica y que se incluyan ayudas para su implantación y evaluación. El aspecto de la eficiencia (relación de los resultados clínicos obtenidos con los costes asociados en su consecución) adquiere un tono relevante, y se considera que los recursos sanitarios van a ser cada vez más limitados y que la incorporación de la innovación en investigación conlleva un aumento en el coste de los medicamentos y un aumento en el consumo de recursos. Si las GT reuniesen un mínimo de requisitos metodológicos podrían convertirse en herramientas estratégicas a la hora de conocer la eficiencia de las diferentes intervenciones terapéuticas.

Es necesario que las autoridades sanitarias, las sociedades científicas y los profesionales sanitarios se conciencien de la necesidad de adoptar unos criterios mínimos de calidad metodológica al elaborar una GT, que podrán ayudar a estandarizarla. Además, deben saber que han de incorporarse todas las evidencias precisas a la hora de confeccionarlas si se desea que al final sean instrumentos útiles para la toma de decisiones sobre la prescripción de medicamentos, en política terapéutica y en la práctica médica diaria¹³.

Por otro lado, una vez diseñadas y elaboradas, será crucial efectuar una evaluación continua de los resultados en salud conseguidos tras su implantación. Esta evaluación permitirá maximizar la efectividad de las GT e identificar áreas de mejora, lográndose un uso más eficiente de los recursos terapéuticos en la práctica asistencial.

Como conclusión, cabe destacar que es necesario que las GT se elaboren cada vez con mayor calidad, transparencia y objetividad, sin presiones de los grupos de poder (públicos o privados), y que incorporen todas las evidencias disponibles, tanto sobre los medicamentos como sobre las alternativas no farmacológicas posibles. Puede resultar de gran utilidad que se elaboren recomendaciones y directrices que ayuden a diseñar y confeccionar una GT, indicando qué debería incluirse en ella. De esta forma, se conseguirá un incremento en su calidad y una mayor homogeneidad entre ellas.

Aprovechando la experiencia del instrumento AGREE antes citado, se ha creado, por parte de la Fundación para la Investigación en Salud, un grupo multidisciplinario, con el objetivo de consensuar unas recomendaciones y directrices que faciliten el diseño y la elaboración de las GT, así como proponer un instrumento de estandarización que permita evaluar las GT ya creadas. Las GT que se desarrollen bajo

estas premisas contribuirán decisivamente a disminuir la variabilidad de la práctica médica diaria y permitirán una utilización más eficiente de los recursos existentes.

El grupo de trabajo FUINSA sobre Guías Terapéuticas está formado por los Dres. José Luis Álvarez-Sala (Hospital Clínico San Carlos, Madrid), Antonio Antón (Hospital Miguel Servet, Zaragoza), Eduard Diogène-Fadini (Hospital Vall d'Hebron, Barcelona), Fernando García Alonso (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid), Pedro Gil-Gregorio (Hospital Clínico San Carlos, Madrid), Antón Herreros Ortega (FUINSA, Madrid), Gonzalo Hernández (Pfizer España, Madrid), Antonio Hidalgo (Centro de Salud de Lucena, Córdoba), Ignacio Marín León (Fis G03/90. Red-MBE) (Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla), M. Ángeles de Marino Gómez-Sandoval (Dirección Técnica de Farmacia, Valladolid), África Mediavilla Martínez (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander), Teresa Millán Rusillo (Gabinete de la Presidencia del Gobierno, Madrid), Asensio López (Servicios Municipales de Salud, Murcia), Eva López (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), Julio López-Bastida (Servicio Canario de la Salud, Tenerife), José María Recalde (CADIME, Granada), María Sanjurjo (Hospital General Gregorio Marañón, Madrid) y Javier Soto (Pfizer España, Madrid).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castells M. La era de la información. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
2. Wyatt J. Uses and sources of medical knowledge. *Lancet*. 1991;338:168-72.
3. Marzó M, Alonso P, Bonfill X. Guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;118 Supl 3:30-5.
4. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ*. 1996;313:1062-8.
5. Larizgoitia I, Rodríguez JR, Granados A. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria*. 1998;22:505-13.
6. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarluzea I, Alonso Ortiz del Río C, Hermsilla Gagoc T, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las Guías de Práctica Clínica españolas [en prensa]. *Rev Clin Esp*. 2005.
7. The AGREE collaboration. AGREE instrument Spanish version [consulta 26-05-2005]. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>
8. Rico R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J, Navarro MA, Reyes A, Marín I. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:457-67.
9. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the conference on guideline standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139:493-8.
10. Bosch M, Arnau JM, Laporte JR. Utilidad de protocolos, formularios y guías terapéuticas para promover la prescripción racional de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 1996;20:41-7.
11. Comité editorial. Guía terapéutica en atención primaria basada en la evidencia. 2.ª ed. Barcelona: SemFYC ediciones; 2004.
12. Laporte JR, Diogène E, Bosch M. *Index farmacològic*. 5.ª ed. Barcelona: Academia de Ciencias Mèdicas de Catalunya y Balears; 2000.
13. Wolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318:527-30.