

¿Quién debe facilitar la difusión de las guías de práctica clínica?

En la mesa «Mujeres y menopausia: abordaje desde atención primaria» que tuvo lugar en el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) celebrado en Zaragoza en 1998 ya se analizaron críticamente algunos mitos asociados con la menopausia y el consiguiente proceso de medicalización que se estaba produciendo en las mujeres sanas, a la vez que se planteó la necesidad de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales para asegurar la mejor atención a las mujeres que la precisaran. El análisis de la situación mostraba que, a pesar de la actitud crítica de muchos profesionales, la tendencia era considerar que la mayoría de los malestares/síntomas/cambios que las mujeres presentan entre los 50 y 65 años se deben a la menopausia, por lo que ésta pasaba a ser considerada como una «endocrinopatía por déficit» y la medicalización era su solución.

Bajo la consigna de la «prevención» se empezaron a extender en nuestro país el discurso y la práctica sobre la necesidad de «controlar» médicamente una etapa de la vida de las mujeres que hasta entonces había quedado fuera del control de los médicos de familia y de los ginecólogos. Así, para prevenir problemas, como el aumento del riesgo cardiovascular, la aparición de trastornos del ánimo, el deterioro cognitivo, etc., durante años se ha tratado a muchas mujeres sanas con estrógenos, asumiendo que los beneficios superaban claramente a los riesgos¹ a pesar de carecer en aquel momento de datos concluyentes.

Datos más recientes derivados de los ensayos clínicos aleatorizados del WHI², el HERS I-II³ y el metaanálisis del Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer⁴ han confirmado que los riesgos del tratamiento hormonal con estrógenos exceden los beneficios.

A pesar de ello, hoy día todavía podemos leer con frecuencia trabajos y declaraciones de «expertos» en el tema que persiguen mantener la prescripción del tratamiento hormonal en mujeres sanas (con el argumento de que en España se usan distintas presentaciones farmacológicas, dosis diferentes, otras vías de administración, etc.), lo que incrementa la incertidumbre de los profesionales.

Esta situación, junto con la experiencia negativa de la participación de la semFYC en el «Consenso de Osteoporosis», que pretendía establecer recomendaciones frente al riesgo de fracturas óseas en mujeres posmenopáusicas y que «no pudo ser»⁵, propiciaron una iniciativa para el desarrollo de una guía de práctica clínica (GPC) para la atención de los síntomas asociados a la menopausia⁶.

La GPC fue planteada como una posible vía para avanzar en el consenso; para ello se utilizó una metodología rigurosa que permitiera realizar recomendaciones explícitas, transparentes y basadas en información actualizada y en la mejor evidencia disponible, y que fuera útil para dar respuesta a las preguntas que cada día se plantean los médicos en la consulta.

Se establecieron las condiciones entre la empresa patrocinadora, Novartis, los representantes de las tres sociedades científicas participantes –Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española para Estudio de la Menopausia (AEEM)–, y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCIB), tanto para su realización como para su difusión.

Durante el proceso de elaboración de la guía, el CCIB fue responsable del apoyo metodológico, la redacción y la participación en la coordinación. La presencia y la mediación en el grupo de trabajo de Mercè Marzo y Pablo Alonso (CCIB) ayudó a conseguir el consenso deseado. Trabajamos en grupos compuestos por representantes de las tres sociedades científicas con el fin de dar respuestas claras a una serie de preguntas que durante estos últimos años han sido ampliamente debatidas. Las preguntas planteadas para responder en la GPC fueron: a) ¿qué síntomas, signos y problemas de salud muestran una asociación causal con la disminución de los estrógenos?; b) ¿cuál es la eficacia de las diversas medidas farmacológicas y no farmacológicas en los síntomas vasomotores y vaginales de la menopausia?; c) ¿qué factores de riesgo predisponen a una baja densidad mineral ósea, a las fracturas y a las caídas?; d) ¿cuál es la utilidad de las escalas que evalúan riesgo de osteoporosis?; e) ¿cuál es la efectividad de las diferentes pruebas diagnósticas de la osteoporosis?; f) ¿cuándo está indicada la densitometría de cribado de la osteoporosis?; g) ¿cuál es la efectividad de las diferentes estrategias de cribado de la densidad mineral ósea y el riesgo de fractura?; y h) ¿qué balance riesgo-beneficio presenta el tratamiento hormonal?

El trabajo se desarrolló con sesiones presenciales y, sobre todo, a través de internet, y se obtuvo un documento producto del consenso. Una vez finalizada la GPC hubo alguna demanda de una empresa farmacéutica implicada en la producción de un fármaco referenciado en el documento para que se introdujeran cambios en el texto, a la que el grupo coordinador de la GPC respondió que no aceptaba ninguna ingerencia.

Sin embargo, las dificultades que nos preocupan y que deseamos expresar en este editorial han surgido una vez finalizada la GPC, durante su proceso de difusión y distribución.

Ya en la fase de difusión, la GPC fue presentada en primer lugar en el VIII Congreso de la AEEM (Granada, del 4 al 7 de mayo de 2004) sin contar con la representación de ningún miembro de la semFYC, y a todos los congresistas se les entregó la versión corta de la guía en formato papel. Los participantes de la que semFYC supimos que se mantuvo una reunión para organizar talleres de formación del formadores, en la que únicamente se contó con las otras dos sociedades participantes en la GPC.

La GPC fue presentada en el XXIV Congreso de la semFYC (Sevilla, del 8 al 11 de diciembre de 2004) con la participación de representantes del Centro Cochrane y del la SEGO-AEEM, pero no se realizó ninguna difusión desde la mesa acerca de la presentación de la guía, a pesar de que estaba decidida 2 meses antes de la celebración del Congreso. Los congresistas sólo recibieron información sobre esta presentación al recoger la documentación del Congreso; además, la mesa no aparecía en el texto del programa. Tampoco hubo ninguna reseña en las notas de prensa del congreso, a pesar de la trascendencia que tiene una guía basada en la evidencia científica y en el consenso de tres sociedades científicas, que abordan uno de los temas de salud sobre los que ha habido mayor controversia en los últimos años.

Por parte de la semFYC se solicitó que, una vez editado el documento, se hiciera llegar un ejemplar a cada socio, como se había realizado con otras guías; sin embargo, en esta ocasión no ha sido así y la distribución en el Congreso ha sido escasa para el cuantioso número de congresistas asistentes, por lo que sólo un pequeño número de socios dispuso de un ejemplar.

Con el trabajo realizado, apoyado en la mejor evidencia disponible, se ha alcanzado consenso entre las sociedades científicas participantes para dar respuesta a las preguntas planteadas. Aunque hubo presiones para introducir cambios, no se ha alterado el contenido final del documento; por ello, incomoda tener que debatir aspectos que nada tienen que ver con la evidencia científica. Si además, una vez finalizado el documento, detectamos intentos de arrinco-

narlo, el grado de frustración sería considerable. Últimamente se ha conseguido asegurar un ejemplar en CD para cada uno de los socios de la semFYC, así como para todos los profesionales que deseen disponer de él.

Ante esta realidad nos preguntamos si las sociedades científicas, cuando acometen un proyecto como éste, no deberían correr con los gastos y prescindir de la industria y de sus intereses, no siempre coincidentes con los nuestros. Esta independencia, sin duda alguna, redundaría en la calidad de los documentos, en que el trabajo se viera liberado de tensiones y en que no se alimentasen los anaqueles de los cementerios de libros olvidados.

E. Bailón Muñoz, A. Coutado Méndez, A. Delgado Sánchez, B. Gutiérrez Teira, A. López García-Franco, J. Landa Goñi y B. Marcos Ortega

Miembros del Grupo de Trabajo de la Mujer de la semFYC.

Bibliografía

1. Sackett DL. La soberbia de la medicina preventiva. CMAJ. 2002;167:363-4.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288:321-33.
3. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA. 1998;280:605-13.
4. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. Lancet. 1997;350:1047-59.
5. Bailón Muñoz E, Del Cura González I, Gutiérrez Teira B, Landa Goñi J, López García-Franco A, Blasco Lobo A. El consenso que no pudo ser. Aten Primaria. 2002;30:341-2.
6. Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.