



EDITORIAL

Las guías de práctica clínica en geriatría: ¿son realmente útiles?



Clinical practice guidelines in geriatrics: Are they really useful?

Francesc Formiga^{a,*}, Nicolás Martínez-Velilla^b y Juan J. Baztán^c

^a Programa de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España

^b Servicio de Geriatria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

^c Servicio de Geriatria, Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

La práctica clínica actual se caracteriza por una variación sustancial en la prestación de asistencia sanitaria para pacientes con el mismo problema clínico. Las guías de práctica clínica (GPC) tienen entre sus objetivos mejorar esta problemática. Como se define en el portal de GPC del Sistema Nacional de Salud, las GPC son un «conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes»¹. Las GPC son recomendaciones que ayudan a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica². Además de conseguir reducir la variabilidad de oferta de los cuidados médicos, las GPC ayudan en la toma de decisiones relacionadas con enfermedades aisladas, definen estándares clínicos, ayudan a concentrar esfuerzos para la mejora de servicios y facilitan la transición de resultados científicos a la práctica clínica diaria³.

Sin embargo, la actitud frente a las guías puede oscilar entre la desconfianza más absoluta y el considerarlas como un verdadero dogma^{4,5}. A nuestro entender hay que tener en cuenta diversos aspectos antes de aplicar en la práctica clínica las recomendaciones de las diversas GPC. El primero de ellos es técnico o de interpretación. No existe unanimidad en la manera de aportar la información de las diversas GPC. Algunas de ellas utilizan diferentes clasificaciones de los niveles de evidencia y fortaleza de las recomendaciones que, en ocasiones, pueden incluso llegar a ser contradictorias, por lo que debemos estar familiarizados con dichas clasificaciones y con la eventualidad de que periódicamente puedan actualizarse, como acaba de ocurrir con la que realizan conjuntamente el American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA)⁶. Afortunadamente, el desarrollo y posterior generalización del Instrumento AGREE, diseñado en 2003 para ayudar a profesionales encargados de la redacción de GPC y a sus usuarios en la evaluación de la calidad de dichas guías, ha proporcionado una

estrategia metodológica uniforme y precisa para el desarrollo y presentación de las GPC. Posteriormente en el año 2009 se realizó una revisión, actualmente vigente, que es el AGREE II que se compone de 6 dominios (alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial) y un total de 23 evaluaciones⁷.

Especialmente importante nos parece que los autores desglosen sus conflictos de intereses, que la guía sea independiente de la sociedad financiadora, y no solo de la industria sino también de las administraciones. Además, es muy recomendable que las GPC sean evaluadas por otras entidades independientes y por sociedades locales que intenten identificar lagunas de conocimiento⁸. Así, los cardiólogos españoles después de la publicación de las guías para la insuficiencia cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología echaron en falta 10 aspectos importantes, al que nosotros añadiríamos la escasa información referente al paciente anciano⁹. Otro aspecto es que frecuentemente la proporción de recomendaciones con un alto nivel de evidencia («nivel A») es muy baja¹⁰. En el análisis de las 19 GPC del ACC/AHA publicadas hasta 2013, de las 3.271 recomendaciones realizadas, las recomendaciones de «clase I» fueron aproximadamente el 50%, pero en el «nivel de evidencia» menos del 10% fueron de «nivel A» y el 50% fueron de «nivel C», con información muy limitada por su calidad¹¹.

Pero, ¿qué problemas específicos pueden presentar las GPC en geriatría? Las GPC en geriatría también intentan reflejar los hallazgos de los ensayos clínicos y metaanálisis; y cuando hay lagunas de evidencia realizan extrapolaciones basadas en estudios de cohorte u opiniones de expertos. Sin embargo, lo que debería ser una excepción es casi la norma, ya que en general la población de edad muy avanzada suele ser objeto de estas extrapolaciones por su escasa presencia en estudios de intervención¹². Y esta extrapolación debe realizarse siempre con cautela por varios motivos: 1) la heterogeneidad clínica y funcional de la población de edad avanzada; 2) la presencia de datos epidemiológicos en ocasiones «paradójicos» en relación con los que presentan la población más joven; 3) la pobre validez externa de los estudios y su escasa posibilidad de generalización a la práctica clínica geriátrica derivada de la frecuente exclusión de pacientes no solo por la edad, sino también por las comorbilidades y la polifarmacia¹³.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

Este último motivo puede ser un problema realmente importante ya que, en general, las GPC están pensadas para una enfermedad concreta y no para enfermos con pluripatología, que suele ser lo habitual en las personas de edad avanzada. De hecho, casi la mitad de los pacientes con una enfermedad crónica tienen una o varias enfermedades asociadas que han sido escasamente consideradas en las GPC, lo que dificulta su aplicabilidad en pacientes con comorbilidad¹⁴. Por otra parte, la aplicación directa sobre los pacientes de edad avanzada de las GPC basadas en enfermedades conlleva la aparición de polifarmacia, que es un nuevo problema en sí mismo, relacionado con el riesgo aumentado de interacciones farmacológicas y que frecuentemente no es considerado en las GPC^{15,16}. Diversos estudios ejemplarizan el riesgo de interacciones ya sea fármaco-enfermedad o interacciones farmacológicas entre medicamentos^{17,18} al aplicar rigurosamente dichas guías, así como la posible diferencia en la eficacia de diversos fármacos en relación con la objetivada en ensayos clínicos, en función de que el paciente presente o no comorbilidades asociadas¹⁹. Para mejorar esta situación, en el año 2012 la American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity realizó unas recomendaciones sobre aspectos básicos para abordar la problemática del paciente anciano con comorbilidad²⁰. En sus conclusiones destaca que, tras la evaluación de los pacientes, los planes de atención deben ser diseñados e implementados de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente, con el conocimiento de que muy pocos estudios han evaluado rigurosamente la eficacia de las recomendaciones desde una perspectiva global. Y en esta situación el documento recuerda que el no seguir las GPC cuando se dan estas situaciones no debe implicar negligencia²⁰.

En definitiva, las GPC bien diseñadas de acuerdo a los criterios AGREE pueden ser útiles para enfermedades concretas, aunque no suelen incluir información válida para el paciente mayor y con comorbilidades. Por ello, en la práctica clínica habitual del médico geriatra, en la mayoría de las ocasiones, las GPC solo deben ser orientativas y nunca dogmáticas. La implicación de los médicos, los propios pacientes y sus cuidadores debe ser la norma y no la excepción a la hora de diseñar, difundir y poner al día GPC dirigidas a mejorar el manejo de pacientes, no exclusivamente de enfermedades. Cabe esperar que entonces se reduzca el llamado «síndrome de fatiga por las GPC»³, una debilitante condición caracterizada por irritabilidad y letargia ante la publicación de nuevas guías.

Bibliografía

1. Guíasalud.es. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [consultado 12 Abr 2016]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica>.

2. Field MJ, Lohr KN, editores. Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academic Press; 1990.
3. Martínez Velilla N, Vilches-Moraga A, Larráyoiz Sola B, Gonzalo Lázaro M. Síndrome de fatiga por las guías de práctica clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:302.
4. Doval HC. Visión crítica de las guías o guías de la visión crítica. ¿Un nuevo dogma escolástico? Rev Argent Cardiol. 2014;82:553–60.
5. Shaneyfelt T. In guidelines we cannot trust. Arch Intern Med. 2012;172:1633–4.
6. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, Birtcher KK, Bozkurt B, Brindis RG, et al. Further evolution of the ACC/AHA clinical practice guideline recommendation classification system: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. J Am Coll Cardiol. 2016;67:1572–4.
7. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version [consultado 12 Abril 2016]. Disponible en: www.agreecollaboration.org.
8. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Board on Health Care Services Clinical Practice Guidelines We can Trust. Washington DC: National Academies Press; 2011.
9. Anguita M, Comin J, Almenar L, Crespo M, Delgado J, Gonzalez-Costello J, et al. Comments on the ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. A report of the Task Force of the Clinical Practice Guidelines Committee of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol. 2012;65:874–8.
10. Trullàs JC, Formiga F, Pérez-Calvo JJ, Manzano L. ¿Qué opinan los expertos en insuficiencia cardiaca sobre las guías de práctica clínica de insuficiencia cardiaca? Rev Clin Esp (en prensa). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.04.007>.
11. Jacobs AK, Anderson JL, Halperin JL. The evolution and future of ACC/AHA clinical practice guidelines: A 30-year journey: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2014;64:1373–84.
12. Martínez-Velilla N, Formiga F. Inclusión de ancianos en ensayos clínicos: necesidad y obligación. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49:99–100.
13. Cruz-Jentoft AJ, Carpena-Ruiz M, Montero-Erassquin B, Sánchez-Castellano C, Sánchez-García E. Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc. 2013;61:734–8.
14. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis of evidence-based guidelines. PLoS ONE. 2011;6:e25987.
15. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. JAMA. 2005;294:716–24.
16. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. Age Ageing. 2013;42:62–9.
17. Bauer S, Nauck MA. Polypharmacy in people with type 1 and type 2 diabetes is justified by current guidelines—a comprehensive assessment of drug prescriptions in patients needing inpatient treatment for diabetes-associated problems. Diabet Med. 2014;31:1078–85.
18. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, Wilson M, Treweek S, Mercer SW, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: Systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. BMJ. 2015;350:h949.
19. Tinetti ME, McAvay G, Trentalange M, Cohen AB, Allore HG. Association between guideline recommended drugs and death in older adults with multiple chronic conditions: Population based cohort study. BMJ. 2015;351:h4984.
20. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the care of older adults with multimorbidity. J Am Geriatr Soc. 2012;60:E1–E25.