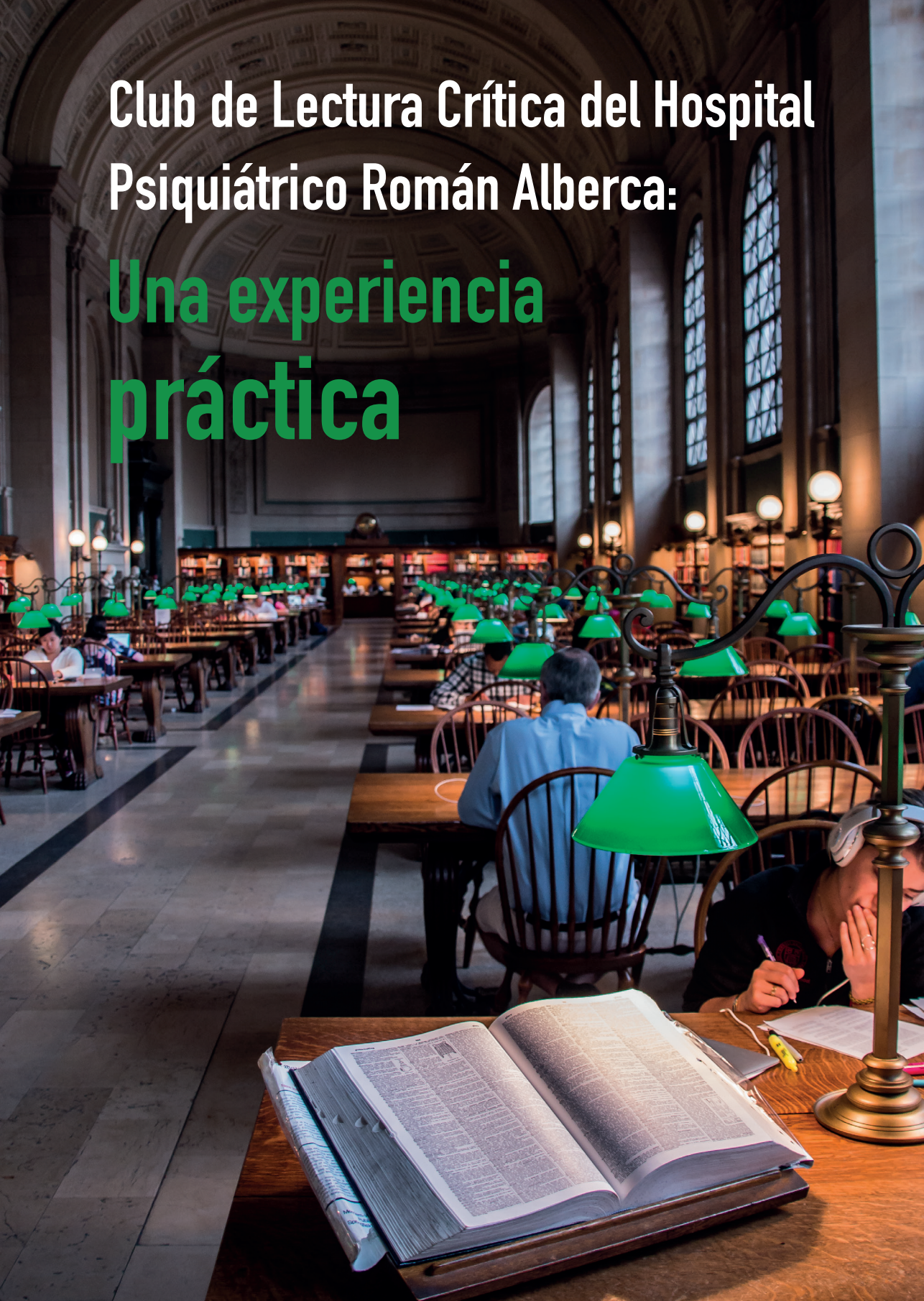


Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca:

Una experiencia práctica



*Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca:
una experiencia práctica.*

COMITÉ EDITORIAL:

Marina Martínez de Guzmán
Fabiola B. Soler Ferrería
Francisco Javier Álvarez Muñoz
Juan Antonio Albaladejo Martínez
Francisco J. Serrano Bueno
Fernando Navarro-Mateu

Publica: Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Diseño e impresión: O. A. BORM

Fotografía de portada: Fernando Navarro-Mateu

ISBN: 978-84-09-09555-1

Depósito legal: MU 242-2019

Listado de autores de los capítulos (orden alfabético del primer apellido)

Juan Antonio Albaladejo Martínez

Médico Especialista en Psiquiatría. Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Joaquín Almela Bernal

Enfermero Especialista en Salud Mental. Supervisor de Área del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Máster en Dirección y Gestión Sanitaria por la Universidad Internacional de la Rioja.

Francisco Javier Álvarez Muñoz

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador de Programa Formativo de Médicos Internos Residentes de Psiquiatría de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia (UDM-SM). Presidente de la Subcomisión de Psiquiatría de la UDM-SM. Diplomado Universitario en Fisioterapia.

Marina Martínez de Guzmán

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Board Certified Psychiatric Pharmacist. Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Ana M^a Hurtado López

Enfermera Especialista en Salud Mental. Máster Universitario en Gestión Sanitaria por la Universidad Miguel Hernández de Alicante (2017-2018). Directora de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Fabián A. Pávez Reyes

Médico Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental de Águilas. Investigador afiliado, Grupo de Investigación en Suicidio y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Otago Wellington (Nueva Zelanda).

Jesús Martí Esquitino

Doctor en Psicología (2016). Psicólogo clínico en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Fernando Navarro-Mateu

Médico Especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina y Cirugía (1999). Master en "Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud" de la Universitat Autònoma de Barcelona (2001- 2004). Master en "Dirección Médica y Gestión Clínica" por la

U.N.E.D. y el I.C.III (2004-2006). Coordinador de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación de Salud Mental (UDIF-SM) y Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDM-SM) de la Región de Murcia. Coordinador y profesor de numerosos cursos relacionados con la Atención Sanitaria Basada en Evidencias (ASBE). Miembro del grupo ASBE-Murcia. Investigador principal del proyecto PEGASUS-Murcia incluido en el Área 5-Epidemiología, Salud Pública y Servicios de Salud del IMIB-Arrixaca (Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca). Centro de Investigación Biomédica en Red Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Beatriz Ros Romera

Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Pedro Rosique

Médico Especialista en Psiquiatría. Terapeuta TFP (Psicoterapia Focalizada en la Transferencia). Hospital de Día Francisco Román del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

M^a Carmen Sánchez López

Médico de Familia. Co-editora y co-autora del libro “Atención Sanitaria Basada en la evidencia. Su aplicación a la práctica clínica”. Integrante del grupo de Medicina Basada en Evidencias (MBE) de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFyC). Colaboradora del Servicio de Preguntas Clínicas PREEVID de MurciaSalud

Francisco J. Serrano-Bueno

Médico Especialista en Psiquiatría. Licenciado en Psicología. Adjunto de la Unidad Regional de Media estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Fabiola B. Soler Ferrería

Psicóloga Clínica del Hospital de Día Francisco Román. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Agradecimientos

A la Dirección del Hospital Psiquiátrico Román Alberca por todo su apoyo.

A todos los profesionales que han participado a lo largo de estos años y a todos aquellos que se esfuerzan por aprender y mejorar en beneficio de los pacientes.

ÍNDICE:

Prólogos	10
Capítulo 1: De la “Medicina Basada en la Evidencia” a la “Práctica Basada en Pruebas”	13
<i>Fabián A. Pavez Reyes, Fernando Navarro-Mateu</i>	
Capítulo 2. Preguntas Clínicas, Fuentes de Información en MBE Y Niveles de Evidencia.	31
<i>Juan Antonio Albaladejo Martínez, Jesús Martí Esquitino, Fernando Navarro-Mateu</i>	
Capítulo 3: Aproximación a la Lectura Crítica.	43
<i>Fabiola B. Soler Ferrería, Francisco Serrano, Fernando Navarro-Mateu</i>	
Capítulo 4: Breve Historia del Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.	53
<i>Pedro Rosique, Fernando Navarro-Mateu</i>	
Capítulo (5): Líneas estratégicas para potenciar y consolidar el Club de Lectura Crítica del HPRA.	61
<i>Francisco J. Serrano-Bueno, Fabiola B. Soler- Ferrería, Pedro A. Rosique, Fernando Navarro-Mateu</i>	
Capítulo 6. Análisis Cualitativo de la Experiencia del Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.	67
<i>Beatriz Ros Romera, Ana M^a Hurtado López, Fernando Navarro Mateu</i>	
Capítulo 7: CATs (Critically Appraised Topics). ¿En qué consisten y cómo se elaboran?	85
<i>Francisco Javier Álvarez Muñoz, Marina Martínez de Guzmán M., Joaquín Almela Bernal, Fernando Navarro-Mateu</i>	
ANEXO: CATS presentados en las sesiones del Club de lectura crítica del H. Psiquiátrico “Román Alberca” ordenados en función del diseño de investigación:	103
GLOSARIO GENERAL	161
<i>M^a Carmen Sánchez López</i>	

Prólogo

La toma de decisiones y la gestión de la incertidumbre acompaña al trabajo diario en el ámbito asistencial, en la gestión sanitaria y en la vida misma.

Nuestras decisiones están dispuestas entre el acierto y lo cierto, entre la experiencia y la evidencia, entre afectos y efectos. En este magma de parónimos nos desenvolvemos.

A nadie escapa la tensa relación del binomio clínico-científico, de la consideración más humanista al dato más tozudo. Mantener la esperanza en la convivencia de esta difícil relación es una de las formas de hacernos sentir más seguros y también más humanos.

Favorecer espacios, donde compartir la incertidumbre y donde avanzar en la lectura crítica de la masa literaria que nos brinda la ciencia, ha sido una realidad en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Como responsable del centro, confieso que estoy satisfecha de haber podido ofertarlos, pero mi satisfacción es producto de la tenacidad y esfuerzo del Dr. Fernando Navarro. A él y a todos los compañeros del Hospital que, durante estos años, han sido capaces de hacer del aprendizaje un encuentro entre el arte y la ciencia, un baile con pasión y buscando la comprensión: mi más sincero agradecimiento y respeto.

Este es el resultado del baile de todos estos años, ojalá sigamos bailando.

M. Asunción de Concepción Salesa

Gerente Regional de Salud Mental

y del Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Prólogo

Reflexionar sobre cómo los autores resuelven sus preguntas de investigación, analizar cuál sería el mejor diseño para resolver una hipótesis, o comprobar cómo se revisa el cuerpo de conocimientos sobre una determinada materia, son una buena manera de estimular la curiosidad científica y de avanzar en el aprendizaje de los contenidos de investigación. Si estas actividades se realizan en grupo, en torno a la lectura periódica de un artículo científico, en un ambiente distendido y agradable, y encima si las personas que forman el grupo tienen diferentes niveles de formación y enfoques profesionales, puede permitir, además pasarlo bien, y de disfrutar enormemente del proceso de aprendizaje, progresar intelectualmente de una manera exponencial.

Y este libro trata básicamente de eso, de cómo disfrutar aprendiendo y de cómo aprender pasándolo bien. De cómo, de forma progresiva y acompañada, podemos llegar a ser capaces de detectar los errores y los sesgos de una investigación, de descubrir y desvelar los trucos que algunos autores emplean para hacer sus resultados creíbles, y de cribar las publicaciones en nuestro campo de trabajo para poder seleccionar y debatir las que sean de más utilidad y beneficio para nuestros pacientes.

Las actividades de lectura crítica en Salud Mental, del Servicio Murciano de Salud, las conocí hace cerca de dos décadas, y fue una sorpresa agradable contrastar como, sin coincidir previamente, tanto este grupo como el de médicos de familia, habíamos recorrido caminos muy parecidos en relación con la Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Ambos habíamos sido en gran medida autodidactas, intentábamos trasladar los principios básicos de la Medicina Basada en la Evidencia a la práctica asistencial y habíamos puesto en marcha, en diferentes ámbitos, experiencias de lectura crítica en el entorno de la formación sanitaria de postgrado. Además estábamos convencidos de que las sesiones periódicas de discusión en grupo de un estudio de investigación, los Clubs de Lectura, suponían una excelente oportunidad de iniciarse, de formarse y de perfeccionarse en él, para muchos profesionales sanitarios, árido terreno de la epidemiología y la investigación.

Las grandes dosis de ilusión y de tenacidad invertidas durante todos estos años han permitido agrupar en torno a las sesiones de lectura de Salud Mental a un importante número de profesionales, en una labor continuada durante más de 8 años y ofrecer como fruto este interesante y práctico libro.

Hay publicados centenares de tratados y libros sobre la Medicina y la Atención Basada en la Evidencia, algunos con una orientación muy práctica, pero muy pocos sobre Clubs de Lectura y, hasta donde conozco, este el primero, tanto en castellano como en lengua inglesa, que ofrece los elementos esenciales necesarios para poner en marcha en una unidad asistencial, en un centro sanitario o por un grupo de profesionales un Club de Lectura. En él, además de las interesantes reflexiones sobre la experiencia acumulada durante varios años, de sus dificultades y de sus necesidades de organización, se incluyen de una manera breve y amena los contenidos teóricos necesarios para poder poner en marcha, un Club de lectura. Parte de la formulación de la pregunta clínica, de cómo organizar la curiosidad, sigue detallando la manera de cómo encontrar y seleccionar el mejor estudio para contribuir a la resolución de esa pregunta y ofrece los elementos necesarios para interpretar adecuadamente la investigación y realizar de una manera homogénea un resumen crítico del mismo. Por último se incluyen como excelentes ejemplos docentes y sinopsis de los estudios de investigación originales, los numerosos resúmenes elaborados en las sesiones realizadas.

Agradecer a los autores el gran esfuerzo realizado en reflexionar, documentar y en evaluar críticamente su experiencia, y por saber condensarlo y contarlo de forma amena. Nos ofrecen una herramienta que puede mover a muchos servicios y Unidades Docentes a organizar su “Club de Lectura” y que les va a ser de gran utilidad en esa interesante y divertida travesía.

Juan Antonio Sánchez Sánchez

Médico de Familia.

*Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la
Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
Coordinador del Servicio de Preguntas Clínicas PREEVID de MurciaSalud.*

Capítulo 1: De la “Medicina Basada en la Evidencia” a la “Práctica Basada en Pruebas”.

Fabián A. Pavez Reyes, Fernando Navarro-Mateu

1. Introducción.

Más de 25 años después que Gordon Henry Guyatt acuñara el término “Evidence-Based Medicine, EBM” o Medicina Basada en las Evidencias (MBE) en un documento informal para residentes de Medicina Interna de la Universidad de McMaster en Canadá ⁽¹⁾, el cuerpo de conocimiento científico sigue avanzando a un ritmo vertiginoso. A lo largo de este período, la propuesta de autores como Sackett, Smith, Haynes, Tugwell, Rennie, Glasziou y Chalmers, entre otros, ha avanzado, no sin detractores, y se ha ido refinando para poder mantener su espíritu crítico, evolucionando hacia la transdisciplinariedad. Aunque originalmente este movimiento se centró en la medicina, en general, el término se ha ido ampliando para incluir otras especialidades médicas y no médicas que inciden en el cuidado de los pacientes. Esta evolución se ha reflejado en las diferentes denominaciones que se están utilizando (en 2009 se incorporarían como términos MeSH: “Evidence-Based Emergency Medicine”, “Evidence-Based Nursing”, “Evidence-Based Dentistry”, y “Evidence-Based Practice” entre otros) y que se agrupan en la actualidad bajo la denominación de “Evidence-Based Health Care” (EBHC), traducido como “Cuidados de Salud Basados en Evidencia”, la “Atención Sanitaria Basada en Evidencia” (ASBE), o simplemente “Práctica Basada en Evidencia” o “Práctica Clínica Basada en Evidencia”.

Adicionalmente, el uso de la palabra “evidencia” en castellano se contrapone al carácter crítico y científico de la MBE, dado que tiene una connotación de certeza e irrefutabilidad, a diferencia del término original “evidence” que tendría

una traducción más adecuada como prueba, algo susceptible de refutación. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, evidencia es la "certeza clara y manifiesta de la verdad o realidad de algo" y, por tanto, no requiere ser demostrado ni cuestionado. De este modo, algunos autores de habla hispana han abogado por la utilización del término "pruebas" o "datos" a la hora de encontrar una traducción de "evidence" que sea más fiel a los postulados de la MBE proponiendo la utilización del término "Medicina Basada en Pruebas o MBP" como alternativa. Sin embargo, el empleo de este término no ha llegado a generalizarse. Sin perder de vista las salvedades reflejadas previamente, a lo largo de este capítulo utilizaremos el acrónimo MBE (de Medicina Basada en la Evidencia) para referirnos indistintamente a los conceptos anglosajones de EBM o EBHC, dada su raíz histórica, así como la difusión y amplio uso del término.

En los ocho años que van desde la introducción del término MeSH "Evidence-based Practice" hasta el momento de la redacción de este capítulo, encontramos un total de más de 78.000 artículos (unos 67.092 artículos con el término MeSH "Evidence-based Medicine") publicados e indexados en PubMed (búsqueda realizada el 29 de enero de 2018), más de 3.000 en el último año. Esto nos permite tener una idea del volumen de la producción científica generada por este movimiento. A su vez, la Práctica Clínica Basada en Pruebas ha tenido un impacto particularmente notorio en los sistemas de salud de Inglaterra y Canadá, incorporando sus principios a las políticas de salud y financiando centros de estudios como el National Institute of Clinical Evidence (NICE).

En la Sociedad de la Información, hoy más que nunca, es necesario incrementar los esfuerzos por seleccionar aquellos datos de calidad suficiente para tomar decisiones clínicas fundadas. Esto no será posible si no poseemos algunas nociones básicas de lectura crítica, ciertos valores y compromiso profesional, capacidad de integrar la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes, así como motivación y dedicación suficiente para evitar lecturas superficiales de temas complejos, escapando de la peligrosa "Medicina Basada en el Marketing" (ampliable a "Práctica Clínica Basada en el Marketing") o de la "Medicina basada en lo que siempre ha funcionado", a la que tristemente estamos expuestos los profesionales de la salud.

2. Un Poco de Historia.

Aunque algunos autores señalan que las ideas promovidas por la MBE son antiguas (2, 3), lo cierto es que su desarrollo forma parte de la historia reciente de la profesión médica y de otras profesiones del ámbito sanitario. A finales de la década de los 70, varios epidemiólogos clínicos empiezan a aunar esfuerzos para integrar

los resultados de la investigación clínica a la toma de decisiones en la práctica médica. Escépticos ante un modelo clínico y de educación médica en que la toma de decisiones se fundaba en la opinión de expertos, resaltaron la importancia del examen crítico de las pruebas que guiaban las distintas elecciones terapéuticas. Influidos por profesores como Thomas Chalmers, Alvan Feinstein y Archibald Cochrane, comenzaron a desafiar las deficiencias que veían en la que podría llamarse "medicina basada en la opinión de expertos". En particular, la preocupación exhibida por Cochrane respecto a la escasez de resúmenes o revisiones que aunaran los distintos ensayos clínicos controlados, guiaría al grupo de Oxford (Ian Chalmers entre ellos) para trabajar en lo que llegaría a ser la Colaboración Cochrane, fundada en 1992, el mismo año en que aparece por primera vez en un artículo científico el concepto de "Evidence-based Medicine" (5).

Así, el cambio propuesto no estaba ligado sólo a la clínica, sino también a la educación médica. En este sentido, fue crucial la apuesta académica de la Universidad de McMaster en Canadá. En dicho centro educativo, se había iniciado el "aprendizaje basado en problemas" mediante el cual los estudiantes identificaban el problema, procedían a la búsqueda de información relevante y posteriormente a su resolución. En este contexto educativo, la integración de la epidemiología clínica, la estadística y las disciplinas clínicas llegaba a ser una realidad. A finales de los 60, David Sackett fue invitado por el Médico Internista John Evans a unirse a esta Escuela de Medicina como profesor (6). Después de algunos años en este programa, decidieron compartir su experiencia mediante una serie de artículos publicados en 1981 bajo el nombre de "valoración crítica" (critical appraisal) en el *Canadian Medical Association Journal*. Esto daría paso en 1985 a un libro sobre valoración crítica de la investigación (*Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine*), que a lo largo de sus segunda y tercera ediciones iría constituyéndose como el libro de referencia de la MBE (6).

Llegados los años 90, el Dr. Gordon Guyatt, como Director del Programa de Residencia de Medicina Interna en la Universidad de McMaster, desarrolló un programa formativo en el que los médicos basaran su práctica clínica no en las opiniones de "autoridades", sino en lo que el conocimiento científico acumulado demostraba que era útil. Al dar nombre a ese programa surge la idea de "Medicina Basada en la Evidencia" (no sin antes generar gran revuelo en la facultad al proponer como primer nombre "Medicina Científica", que fue rechazado). La diferencia entre la MBE y las valoraciones críticas de Sackett radica en que la primera combina los hallazgos de la investigación con las destrezas clínicas, así como los valores y preferencias del paciente. Este último punto estaba poco desarrollado en el artículo seminal de Guyatt, publicado en 1992 en *JAMA* (5) y sólo alcanzaría notoriedad en los cinco años posteriores, siendo un elemento crucial en la actualidad.

Los postulados de la MBE fueron ganando adeptos por dos razones principales, a juicio de Sackett (6): el apoyo de médicos experimentados seguros en su práctica clínica y proclives a desafiar sus propios conocimientos, y, por otra parte, al progresivo empoderamiento que el conocimiento otorgaba a los clínicos más jóvenes, abiertos al pensamiento crítico y con posibilidades de desafiar aquellas prácticas cuestionables fundadas exclusivamente en un criterio autoritario de "experto".

Ahora bien, también fueron considerables -y siguen siendo- las posturas defensivas y críticas ante el cambio de paradigma que generaba esta nueva corriente y el abierto desafío que suponía para una construcción autoritaria del conocimiento fundada en las opiniones de los expertos. Así, sus detractores la exhibían como algo imposible en la práctica, como "la criatura de los gestores y los compradores", o peyorativamente como "medicina de libro de recetas". Por otra parte, planteaban que acarrearía la "deshumanización de la medicina", amenazando la relación médico-paciente (de tradición igualmente autoritaria, a la que a menudo se le llama -de modo benevolente- "medicina paternalista"). Entre las críticas, fue notoria la editorial publicada en *The Lancet* en 1995, titulada "La Medicina Basada en la Evidencia, en su sitio" (7), lo que llevó a Sackett y otros a responder con una editorial publicada en el *British Medical Journal* titulada "Medicina Basada en la Evidencia: qué es y que no", refutando las críticas ya mencionadas previamente (8). El paso del tiempo, contribuiría a que progresivamente fueran reduciéndose aquellas diferencias que parecían irreconciliables y a que se atemperaran posiciones.

3. Aspectos Conceptuales

Para Sánchez-Mendiola, el fondo conceptual de la MBE no es nuevo, pues ya en la China del Siglo XVIII, la metodología "kaozheng" fue diseñada para la interpretación de los textos de Confucio. "Kaozheng" podría traducirse como "practicando investigación con evidencias" (sic) (3). Ahora bien, la MBE no se reduce a un concepto, sino más bien se trata de una estrategia de trabajo al servicio del perfeccionamiento de las actividades relacionadas a la atención en salud (9). En su trabajo de 1996, Sackett & cols. (8) definieron la MBE como la utilización "consciente, explícita y juiciosa" de "los mejores datos (hallazgos) disponibles" para la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. En esta definición, se encuentran implícitos los siguientes elementos: i) el carácter razonado, y fundado en datos, del proceso de toma de decisiones y ii) su carácter clínico, en cuyo centro se encuentra el caso individual.

Uno de los principales focos de conflicto con los defensores de "la medicina tradicional" al inicio del movimiento de MBE fue el rol de la experiencia clínica. La

reacción al carácter autoritario de la toma de decisiones fundada en la opinión de los expertos resulta comprensible, aunque ese énfasis puede haber sido malinterpretado, subestimando el potencial de la habilidad y experiencia clínica.

Si bien no es explícito en la definición inicial de Sacket & cols., el modelo de toma de decisiones clínicas propuesto desde los inicios de este movimiento tendría en cuenta los siguientes elementos (10):

- 1) Datos provenientes de la investigación científica;
- 2) La experiencia clínica del profesional;
- 3) Las preferencias y valores del paciente;

Este modelo sería ampliado con un cuarto elemento (la situación clínica del paciente) (11) y, posteriormente, dada la trascendencia de los postulados de la MBE al ámbito de la gestión sanitaria (12), el número de elementos aumentó a seis:

- 4) Estado clínico del paciente;
- 5) Recursos disponibles;
- 6) Misión, visión y valores de la organización sanitaria.

La MBE como término MeSH se introdujo en 1997 y acoge en la actualidad la definición publicada en 2006 en JAMA (13), considerándola "un enfoque en la práctica médica con la meta de mejorar y evaluar la atención de los pacientes". En la misma definición se hace hincapié en la necesidad de "la integración juiciosa de los mejores datos obtenidos de la investigación con los valores de los pacientes para tomar decisiones respecto a la atención sanitaria". Finalmente, se añade su rol como "un método para ayudar a los médicos a la realización de diagnósticos correctos, elección del mejor tratamiento y métodos para la prevención de enfermedades, así como el desarrollo de guías clínicas para grupos extensos de pacientes con la misma enfermedad".

En los últimos años se tiende a utilizar un término menos restrictivo como "Práctica Clínica Basada en Pruebas", o simplemente "Práctica Basada en Pruebas" (PBP). De este modo, se sacrifica la especificidad del término ("Medicina") en aras de otro más inclusivo ("Práctica"). En los capítulos sucesivos hemos optado por el uso de "Práctica basada en pruebas" (PBP), que si bien es un término que no ha logrado imponerse en nuestro medio (a pesar que se encuentra recogido como término MeSH y cada vez es más numeroso su uso en artículos científicos), resulta más exacto y justo con el estado actual de evolución del modelo. La definición MeSH de "Práctica Basada en Pruebas" se ajusta a la filosofía de la MBE, considerándose "una forma de proveer atención sanitaria que está guiada por una integración juiciosa de la experiencia clínica con el mejor conocimiento científico disponible" (14).

4. La Medicina Basada en Evidencias (MBE) en la Actualidad

4.1. Evolución del Circuito de la MBE y el Proceso de Toma de Decisiones en el Marco de la Transdisciplinariedad.

Ya hemos analizado la deriva conceptual y los términos actuales que dan cuenta del estado de evolución del movimiento que surgió como MBE. En el presente apartado, describiremos cómo dicha deriva tiene implicaciones en el proceso de toma de decisiones y en los modelos "transdisciplinares" que se han propuesto en relación al término "Práctica basada en pruebas".

El circuito propuesto por la MBE para la toma de decisiones incluye tradicionalmente cinco fases (15); a saber: 1. Descripción del escenario clínico: incluye la recopilación de la mayor cantidad de información sobre el paciente y sus circunstancias, lo que contribuirá a la construcción de una pregunta clínica adecuada; 2. Elaboración de la pregunta clínica (paciente, intervención, comparación y outcome); 3. Elaboración de una estrategia de búsqueda; 4. Lectura crítica del artículo seleccionado (la MBE propone una jerarquía de "evidencias"/pruebas); y 5. Aplicación de los resultados al escenario planteado. Para un estudio más detallado de las distintas fases y cómo se conduce dicho proceso, proponemos profundizar en la lectura de la obra del Grupo de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia de Murcia (15).

En cuanto al concepto de PBP, en 2009 Satterfield & cols. presentaron una propuesta que aunaba los preceptos de la MBE con otras áreas como la psicología, la enfermería, el trabajo social y la salud pública (16). Este grupo recoge de la MBE los elementos del proceso de toma de decisiones ya enunciados en los apartados previos: experiencia clínica, preferencias del paciente y búsqueda de pruebas, así como el estado clínico y las circunstancias del paciente (17). De la "Enfermería Basada en Evidencias", se toman las aportaciones para la inclusión de la investigación cualitativa en la integración de las experiencias de los pacientes en las decisiones prácticas. A su vez, el aporte de la "Práctica Basada en la Evidencia en Psicología" (PBEP) permitió refinar la definición de experiencia clínica y preferencias de los pacientes, a la vez que pone de manifiesto la importancia de variables socio-culturales, identidad, estado funcional, disposición al cambio, apoyo social, entre otras. La "Práctica Basada en la Evidencia en Trabajo Social" (PBETS), sustituye la "experiencia clínica" por "experiencia profesional", incluyendo aspectos de gestión y política, además de la práctica clínica; así, incluye factores intraorganizacionales, extraorganizacionales y de nivel profesional a tener en cuenta en el proceso traslacional desde los datos a la práctica sanitaria. De este modo, el contexto político, económico, organizativo y otros, completa el cuadro en el que se lleva a cabo el proceso de toma de decisiones (18). Finalmente, los preceptos de la "Salud Pública Basada en Evidencia" (SPBE) han aportado otros componentes como: la inclusión de datos provenientes de investigación cualitativa, uso sistemático de los datos

y sistemas de información, aplicación de marcos de planificación de programas, necesidad de involucrar a la comunidad en el proceso de evaluación y decisión, realización de evaluaciones profundas, y difusión del aprendizaje que se obtiene como fruto del proceso (19). La SPBE se enmarca habitualmente en un proceso de siete etapas que incluye: 1) Evaluación comunitaria, 2) Cuantificación del tema, 3) Desarrollo de una definición concisa del problema, 4) Determinar el estado del conocimiento del tema en la literatura científica, 5) Desarrollo y priorización de opciones de programas y políticas, 6) Desarrollo de un plan de acción e implementación de intervenciones, 7) Evaluación del programa o la política implementada.

Teniendo en cuenta los elementos provenientes de las aportaciones de los diferentes modelos, el grupo de Satterfield propone un modelo de PBP que intenta ser transdisciplinario, intentando incorporar los avances de cada disciplina y suplir las deficiencias restantes en cada una de ellas, haciendo hincapié en un proceso compartido de toma de decisiones (16).

Ahora bien, ¿de qué se habla cuando se usa el término transdisciplinariedad? La exigencia del trabajo conjunto para el abordaje de realidades complejas ha llevado a que la ciencia evolucione desde un lenguaje monolítico, unidisciplinar, a la progresiva integración de distintas áreas del saber. Así, los proyectos de investigación multidisciplinar serían el estadio más básico, en el que coexisten distintas disciplinas en una discusión multilingüe, sin el desarrollo de un lenguaje común y en el que habitualmente se encuentran visiones yuxtapuestas de los mismos fenómenos. Por otra parte, la interdisciplinariedad involucra un nivel de mayor colaboración, en el que habitualmente se divide el trabajo según los distintos prismas, para alcanzar posteriormente una puesta en común que se traduzca en aportaciones originales. De esta forma, se llega a comprender partes de la disciplina de cada uno y se desarrolla un lenguaje común muy básico que permite el entendimiento entre disciplinas, a la vez que cada uno de ellos mantiene su "lenguaje disciplinario individual". A diferencia del modelo multiprofesional en el que con el tiempo pueden llegar a entenderse los lenguajes de las otras disciplinas, pero sin llegar al desarrollo de un lenguaje común y con la necesidad de "traducción" al lenguaje disciplinario individual. Finalmente, la transdisciplinariedad se considera como "cierta razón de unidad, de relaciones y de acciones recíprocas, de interpretaciones entre diversas ramas del saber llamadas disciplinas científicas" (20) que busca superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de los métodos científicos de los saberes (interdisciplina) (21).

Los elementos propuestos en el modelo de Satterfield & cols. (16) incluyen la concepción de la toma de decisiones como un elemento procesual, central en el modelo, entendiéndola como la acción cognitiva que contextualiza los hallazgos de la investigación científica. Al ser un proceso sistemático, no se entiende como una

habilidad o intuición inherente al profesional, y se representa como la intersección entre otros elementos (experiencia del clínico, características del paciente, datos provenientes de la investigación científica), reflejando así su naturaleza participativa y compartida. Los otros elementos incluidos en este modelo (ver Figura 1) son: i) como marco externo: Medio ambiente y factores organizacionales (contexto cultural que incide en la aceptabilidad y efectividad de una intervención); y ii) como factores involucrados directamente en el proceso de toma de decisiones: los datos científicos disponibles de la mayor calidad (exige recogida sistemática de datos, considerando como fuente posible de hallazgos a la investigación cualitativa); la experiencia del clínico involucrado en el proceso de toma de decisiones, así como los recursos necesarios; y, por último, las características del paciente/usuario: estado clínico, necesidades, valores y preferencias.

Así, el carácter unitario inherente a lo transdisciplinario estará reflejado en la necesidad de contestar a preguntas en cuyo centro se encuentren los problemas de la vida real (realidad contextualizada), en un símil con la metodología cualitativa conocida como "investigación-acción" o "investigación participante" que se basa en la interpretación crítica de las pruebas recogidas y la participación en el proceso del afectado por la preocupación temática estudiada. En este sentido, la participación de los pacientes y sus familias en el proceso de toma de decisiones, incluiría también la formulación de preguntas que puedan responderse tanto por datos provenientes de la investigación cuantitativa como cualitativa. En este punto, los esfuerzos de la "Enfermería basada en la evidencia" han sido particularmente destacados (16).



Figura 1. Modelo de Práctica Basada en Pruebas (adaptado de (16))

4.2. La MBE Como Perspectiva Crítica Susceptible de Crítica

El espíritu crítico que empapó a la MBE desde sus orígenes resulta saludable para su evolución. Ya hemos abordado las numerosas controversias y aprehensiones que el movimiento suscitó en sus inicios, por lo que en el presente apartados centraremos en las críticas más habituales que ha recibido, así como algunas de las actuales reflexiones que enfrenta este modelo.

Para que el conocimiento y las ideas evolucionen es necesario que un posicionamiento estanco, sin movimiento, pueda ser desafiado por nuevas ideas que propongan cambios en aquellos aspectos en que el modelo previo no ha conseguido dar más de sí. Así, la oposición inicial de la MBE al autoritarismo de la posición de experto corre el grave peligro del establecimiento de una nueva posición autoritaria, un "Autoritarismo basado en la Evidencia". Sin embargo, el autoritarismo no depende de los argumentos en los que esté basado (ya sea en la opinión de un experto o en la ciencia), el autoritarismo es una forma de estar en el mundo y tiene relación con cómo se establecen las relaciones de poder. El poder ligado al conocimiento ha sido desafiado por la evolución y democratización de éste a lo largo de la historia y, en la misma línea, el espíritu de la MBE aboga por el uso juicioso y racional de los datos disponibles, que son compartidos entre los profesionales de la salud y los pacientes/usuarios, para la toma de decisiones que redunden en un beneficio clínico. Así, el mal uso de la MBE basado en una posición autoritaria centrada en "los datos científicos", no es parte de un problema del modelo en sí, sino de su comprensión y aplicación. Nada más contrario al espíritu de la MBE que su transformación en un dogma.

Las críticas globales que ha recibido la MBE fueron categorizadas y analizadas en 2004 por Cohen & cols (22) detectando cinco grupos: i) El empirismo como base; ii) Estrechez en la definición de "evidencia"; iii) Ausencia de soporte empírico (en la literatura) que demuestre su eficacia en docencia o en resultados de salud de los pacientes; iv) Limitada utilidad para casos individuales; y v) Riesgo de afectación de la autonomía del médico y de la relación médico-paciente

Se han descrito diversas limitaciones relacionadas con la MBE (revisado en 23):

- Necesidad de tiempo y entrenamiento para su aprendizaje y utilización rutinaria e integrada en la práctica clínica habitual.
- Necesidad de inversión en la implantación de nuevas tecnologías.
- Ausencia de evaluación de estudios económicos (eficiencia).
- No resuelve la falta de investigación primaria sobre un tema determinado, aunque pone de manifiesto ventanas de oportunidad para la investigación en dichas áreas.
- No considera suficientemente las características biológicas de cada

paciente. A esto podríamos agregar: ni las dinámicas psicológicas y sociales que condicionan los procesos de toma de decisiones.

- Las acciones formativas mejoran conocimientos, sin modificar la práctica clínica.
- Dificultades en la síntesis de la evidencia disponible.

Estas críticas han impulsado modificaciones y mejoras en el modelo, como puede ser la progresiva inclusión de otros tipos de estudios (metodología cualitativa) y otras fuentes de información a considerar en el proceso de toma de decisiones, lo que responde al reclamo en cuanto a la "estrecha definición de evidencia". Por otra parte, algunas críticas se han visto fundadas en percepciones erróneas de la definición y/o aplicación de la MBE. Finalmente, otros focos de mejora guardan relación con la necesidad de integrar su práctica a nivel clínico, no sólo académico.

Es evidente que, como señala Sackett, el uso de la MBE como instrumento no prescinde de otras competencias básicas para un buen clínico, como un dominio exquisito de las técnicas clínicas de la entrevista, la elaboración de una adecuada historia clínica y la exploración física o psicopatológica del paciente/usuario (8). Éstas orientarán las hipótesis diagnósticas que darán inicio al circuito de la MBE, basándose en preguntas clínicas bien definidas y detalladas, y, por otra parte, serán esenciales al final del ciclo, una vez llegado el momento de contextualizar los datos e integrarlos a la toma de decisiones en conjunto con los valores, preferencias, expectativas y contexto de los pacientes. Adicionalmente, la MBE que propone Sackett aboga por la humildad suficiente para cuestionar nuestra actividad diaria, incorporando los avances de las investigaciones científicas, así como la dosis suficiente de crítica e irreverencia sin las cuales "perdería toda la diversión que acompaña a la aplicación de estas ideas".

En 2014, Trisha Greenhalgh y cols. se preguntaban si es la MBE un movimiento en crisis (24), a lo que humildemente respondemos que esperamos que lo sea, y lo siga siendo. Puesto que la crisis es la que provee la oportunidad para mantener vivas y en movimiento a las ideas, no debemos temer al conflicto ni a la crítica. Desde sus inicios, la MBE se planteó como una perspectiva crítica, una sana crítica de los datos disponibles, de nuestra propia experiencia e incluso de la forma en cómo valorábamos los datos publicados. No hay nada de malo en incorporar una crítica a este movimiento y hacer que de ella surjan las mejoras necesarias para su perfeccionamiento o, en caso de ya no ser útil, su cambio por un modelo mejor. Probablemente, ese es el espíritu que esperamos de lo que fue la MBE y hoy es la PBP.

Para el grupo de Greenhalgh (24), sin dejar de rescatar los aportes de la MBE, existen algunos problemas para los que proponen algunas soluciones:

- 1) Distorsión de la etiqueta "basada en pruebas". Los intereses económicos de la industria farmacéutica y del equipamiento médico han ido marcando la agenda de investigación, así como la forma en que se manejan estadísticamente y publican los resultados (sesgo de publicación). Si bien, estos elementos son abordados en un análisis crítico de la literatura, Greenhalgh y su grupo sostienen que existen sesgos sutiles en muchos estudios financiados por la industria que pueden no ser detectados por las herramientas disponibles para la evaluación de la calidad y los sesgos de dichos trabajos.
- 2) Exceso de datos. Lo que se exhibe como una medida de su éxito e impacto, es para estos autores un problema, en la medida que el número de trabajos científicos ha llegado a ser, a su juicio, inmanejable. En la realidad, acceder y manejar toda esta información supone un esfuerzo impracticable para el abordaje de cada caso individual.
- 3) Aportes marginales y un cambio de énfasis "de la enfermedad al riesgo". Dado que las intervenciones con grandes beneficios ya han sido descritas previamente, en la actualidad los aportes de cada trabajo redundan en beneficios marginales (saturación del campo de la terapéutica), lo que habría llevado a ampliar el ámbito terapéutico a los estados de riesgo, dejando de "tratar enfermedades", con los riesgos que ello conlleva para la práctica rutinaria.
- 4) Énfasis excesivo en el seguimiento de reglas algorítmicas. La sustitución del juicio y la destreza clínica en una era de Medicina defensiva ante las posibles repercusiones médico-legales, por la tecnocracia y el seguimiento de reglas y árboles de decisión. Probablemente esta desviación es más habitual en los países anglosajones que en nuestro medio.
- 5) Pobre aplicabilidad para los casos de morbilidad múltiple. La comorbilidad es una realidad clínica frecuente y compleja que desafía, incluso, la mayor validez externa de los estudios de efectividad frente a los de eficacia.

De este modo, la reflexión actual de dicho grupo lejos de desconocer los aportes de una mirada crítica, profundiza en la deriva y los problemas que han aparecido para su implementación, derivados de los énfasis y lecturas que se le han ido dando. Los conflictos de interés en el ámbito de la investigación clínica, las dificultades para la síntesis y aplicabilidad de los datos realmente relevantes, la tecnocratización del conocimiento generado y las dificultades de validez externa de los trabajos, no son necesariamente problemas en el planteamiento y la filosofía de la MBE, sino que corresponden a una realidad de la que la MBE, manteniendo sus postulados y filosofía básica, debe hacerse cargo de modo crítico y no defensivo. En este sentido, Greenhalgh y cols. contribuyen saludablemente a la discusión,

proponiendo una vuelta a "la MBE real", rescatando los siguientes elementos para la atención sanitaria individual (24):

- 1) **Individualización a cada paciente.** El proceso no debe sobreponerse a los resultados y objetivos, siendo éstos "el mejor curso de acción para cada paciente individual, considerando sus circunstancias y el particular momento de la evolución de su enfermedad o condición". Para la aplicación a cada caso individual, será necesario que los resultados de la investigación sean expresados de un modo estandarizado y sencillo. En este sentido, propone la generalización de términos como el número necesario a tratar (NNT), dañar (NND) o tamizar. Por otra parte, hacen énfasis en la necesidad de un proceso de toma de decisiones conjunto en el que el paciente/usuario coopere con el clínico, pudiendo ambos decidir tomar decisiones sanitarias adecuadas que pueden no coincidir necesariamente con "los mejores datos disponibles". Este trabajo colaborativo implica el esfuerzo del clínico por intentar comprender qué es lo realmente importante para su paciente en el momento de tomar las decisiones clínicas, pudiendo adaptar juiciosamente sus conocimientos profesionales a la capacidad de comprensión de cada paciente/usuario. Los datos deberán ser presentados en un lenguaje comprensible para que el paciente pueda libremente decidir en qué medida desea implicarse en la decisión.
- 2) **Juicio, no reglas.** Para este grupo, el equiparar calidad con la adhesión irrestricta a una serie de normas y protocolos es un error que no tiene en cuenta los datos científicos que avalan los procesos sofisticados de la experiencia avanzada, en los que el clínico es capaz de guiarse por reglas, pero contextualizadas y seleccionadas de acuerdo a su intuición, imaginación, experiencia previa, sentido común e información relevante proveniente de los datos de la investigación. Así, el verdadero esfuerzo de aprendizaje y pericia estaría centrado en aprender "cuándo ignorar o matizar las reglas", más que en "cómo seguirlas".
- 3) **Atención sanitaria basada en la relación.** Se propone que el proceso de atención sanitaria debe fundarse en una sólida relación entre el clínico y el paciente, basado en una escucha activa y la continuidad de cuidados. Los datos provenientes de la investigación pueden ser claves para tomar la decisión correcta, pero no determinan tal decisión. En el proceso de aplicación práctica, los elementos contextuales incluyen también aspectos éticos y emocionales.

Dentro del proceso para alcanzar las mejoras necesarias, Greenhalgh y cols. (24) ponen un especial énfasis en el rol de las agrupaciones de pacientes en la demanda de una presentación adecuada de los datos, con explicaciones suficientes y

una aplicación personalizada que sea sensible al contexto y las metas individuales. Adicionalmente, los grupos destinados a la información de los usuarios, así como la priorización de las preguntas de investigación, deberían mantenerse en lo posible ajenos a intereses comerciales que puedan redundar en conflictos de interés. Ponen como ejemplo "The James Lind Alliance" (www.lindalliance.org) que permite que pacientes, cuidadores y clínicos puedan en conjunto priorizar las preguntas de investigación. Adicionalmente, hacen hincapié en que los datos provenientes de la investigación no deben sólo ser "robustos", sino también útiles y teniendo en consideración las necesidades de quienes usarán esos datos a fin de ser informativos, inspiradores y de influencia. Así, exigen que las revistas científicas "suban el listón" de modo que las exigencias a los autores incluyan los esfuerzos tendientes a mejorar la utilidad de los resultados y la forma en que son presentados, de modo que sean informativos para conversaciones individualizadas. Por otra parte, proponen una mayor atención al estudio cualitativo de variables como las experiencias de enfermedad en el encuentro clínico real, para diferentes condiciones y en distintas circunstancias, así como de los elementos que inciden en los clínicos y los pacientes/usuarios a la hora de encontrar, interpretar y evaluar los datos provenientes de la investigación. En este sentido, en el presente texto se ha incorporado un capítulo destinado a la investigación cualitativa, a la vez que se ha conducido un trabajo para incorporar las opiniones y experiencias del grupo de profesionales que han participado en una experiencia de lectura crítica de artículos científicos en el H. Psiquiátrico Román Alberca.

Finalmente, los mismos autores (24) apuntan a cambios necesarios en el enfoque educativo que trasciendan las estrategias de búsqueda y lectura crítica (aunque básicos y necesarios) hacia el desarrollo de habilidades de toma de decisiones compartidas. Con este fin, consideran crucial el trabajo con pares en distintas etapas de su formación, mediante la observación, reflexión, revisión y discusión de casos (incluyendo a pacientes que tengan el deseo de articular sus experiencias, elecciones y prioridades).

Así, las perspectivas futuras y los desafíos que enfrenta la PBP están encaminadas a una progresiva mayor integración con la práctica clínica, en un proceso traslacional que requerirá de esfuerzos no sólo de los clínicos, sino también de quienes producen y sintetizan los datos disponibles como fruto de la investigación, de modo que sean los suficientemente accesibles y amigables para su implantación en el proceso cotidiano de toma de decisiones. Adicionalmente, la necesidad de integración multiprofesional y, en un paso más avanzado, transdisciplinario, es un reto actual que debe perfilarse en los años venideros. Un ejemplo de esto, es el modelo propuesto por Satterfield & cols. (16) ya descrito sucintamente con anterioridad. Finalmente, el reto de no perder de vista los elementos fundacionales de la MBE entre el bosque de técnicas, datos estadísticos, estrategias de lectura crítica,

guías clínicas, listas de verificación, entre otros. Es crucial mantener al paciente en el centro de la actividad clínica del profesional, individualizando y adaptando los datos, y, en definitiva, haciendo los esfuerzos necesarios para que, progresivamente tanto éstos como sus cuidadores, se involucren activamente en el proceso de toma de decisiones, de modo proporcional a su deseo participativo y estado o condición.

5. Conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos revisado aquellos aspectos históricos y conceptuales que nos permiten tener una idea general de los inicios y de la evolución de la MBE. Los elementos revisados nos permiten proponer el uso más genérico de **Práctica Basada en Pruebas** (PBP) que es el que utilizaremos a lo largo de este libro.

Hemos visto que a lo largo de los años el nivel de la producción científica ha mejorado, a la vez que se ha incrementado significativamente el número de trabajos relacionados con el movimiento conocido en origen como MBE. Se han refinado técnicas, guías de verificación, estrategias de lectura crítica, conocimientos epidemiológicos y estadísticos, la calidad de las publicaciones y el desarrollo de guías clínicas y prácticas basadas en datos de la mejor calidad disponible. Sin embargo, aún quedan tareas pendientes y los retos para el futuro van de la mano de optimizar aún más la evaluación metodológica, la eliminación de los sesgos sutiles ligados a los conflictos de intereses de una agenda de investigación cada vez más marcada por los intereses económicos de las grandes industrias farmacéuticas y de equipamiento médico; la mejora en la síntesis de los datos disponibles y su presentación de un modo sucinto, amigable y útil para la práctica cotidiana y el conocimiento de los usuarios; la sustitución de los datos "estadísticamente significativos" por "clínicamente relevantes"; la progresiva incorporación de los pacientes en una posición aún más activa y participativa; así como la comprensión de los elementos experienciales que inciden en el proceso de toma de decisiones.

Pese a los desafíos que impone el futuro, los principios básicos que guiaron el desarrollo de la MBE siguen siendo igual de válidos que hace 25 años. El no perder de vista al paciente y su contexto como centro del proceso de toma de decisiones, requiere en la actualidad mayor atención a los hallazgos que nos puedan aportar otros métodos de investigación, como la metodología cualitativa, y un esfuerzo multiprofesional para integrar datos provenientes de otras ramas del conocimiento (como, por ejemplo, la psicología cognitiva y la teoría de la educación) a fin de perfeccionar lo hasta ahora realizado.

En el presente pueden reconocerse trazas de la antigua (aunque a nuestro

juicio equívoca) tensión entre la pericia o experiencia clínica y "los datos". Es posible que la naturaleza pendular de las posturas surgidas en el quehacer de las profesiones sanitarias haya determinado que, desde una medicina autoritaria, paternalista y "de expertos" se haya transitado hacia una práctica clínica timorata, guiada por la aprehensión ante repercusiones médico-legales, y en exceso apegada a normas, protocolos y la "evidencia" convertida en dogma. A nuestro juicio, nada más lejos del espíritu inicial de la MBE. Creemos que la PBP ha demostrado un esfuerzo integrador y esperamos que esté a la altura de estos desafíos.

6. Ideas Clave

- El término "Práctica Basada en Pruebas" (PBP) deriva del concepto inicial de "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE). Su uso, aunque menos específico, es más inclusivo y acorde a los procesos de atención sanitaria actuales (en particular, en el ámbito de la Salud Mental).
- La evolución conceptual y del modelo original de la MBE ha sido fruto de debate desde sus orígenes, con movimientos pendulares relacionados a la tensión entre "los datos", "la experiencia" y "la participación del usuario" en la toma de decisiones. Las críticas actuales han permitido el avance en el proceso de toma de decisiones individualizadas compartidas basadas en los mejores datos disponibles, contextualizados a la situación particular del paciente e incluyendo el juicio clínico, los valores y las preferencias del paciente y su entorno.
- Una posición autoritaria fundada en "los datos científicos" resulta igual de nociva que el autoritarismo de la posición de experto. Esta deformación de la PBP no es parte de un problema del modelo en sí, sino de su comprensión y aplicación. Es fundamental no olvidar los principios originales de la MBE.

7. Bibliografía

1. Guyatt G, Rennie D. Users' Guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical Practice. Chicago, IL: American Medical Association; 2002. p. 14.
2. Davidoff F. In the teeth of evidence: the curious case of Evidence-Based Medicine. *M Sinai J Med.* 1999; 66: 75-83.
3. Sánchez-Mendiola M. La medicina basada en evidencias en México. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2001; 46: 97-103.
4. Daniels M, Hill AB. Chemotherapy of pulmonary tuberculosis in young adults. *BMJ.* 1952; 1: 1162-8.
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992; 268(17): 2420-2425.
6. Smith R, Rennie D. Evidence-Based Medicine—An Oral History. *JAMA.* 2014; 311(4): 365-367.
7. Evidence-based medicine, in its place. *Lancet.* 1995; 346(8978): 785.
8. Sackett DI, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ.* 1996; 312: 71-72.
9. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. *BMJ.* 1994; 309: 597-599.
10. Straus Sh., Richardson SW, Glasziou P., Haynes RB. Medicina Basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la MBE. Tercera edición. Madrid: Elsevier; 2006.
11. Haynes RB. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002; 324: 1350
12. Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Como tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Churchill Livingstone España. Madrid. 1997.
13. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Evidence-Based Medicine. *JAMA.* 2006; 296 (9):1192.
14. National Library of Medicine (US). Evidence-Based Practice. MeSH Database. 2009 [acceso 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=evidence+based+practice>.
15. Sánchez J, Aguinaga E, Navarro F. Introducción a la Atención Sanitaria basada en la evidencia. En: Sánchez M, Navarro F, Castillo M, Menárguez J, Sánchez J (ed). Atención Sanitaria Basada en la Evidencia: Su aplicación a la práctica clínica. Murcia: Consejería de Sanidad de la

- Región de Murcia; 2007. pp. 15-46.
16. Satterfield JM1, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, Whitlock EP. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q.* 2009; 87(2): 368-390.
 17. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club.* 2002; 136(2): A11-4.
 18. Regehr C, Stern S, Shlonsky A. Operationalizing Evidence-Based Practice: The Development of an Institute for Evidence-Based Social Work. *Research on Social Work Practice.* 2007; 17(3): 408–416.
 19. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health.* 2009; 30: 175-201.
 20. Smirnov SN. La aproximación interdisciplinaria en la ciencia de hoy: Fundamentos ontológicos y epistemológicos. Formas y funciones. En: Bottomore T (coord). *Interdisciplinaridad y Ciencias Humanas.* Madrid: Tecnos/UNESCO; 1983. pp. 53-70.
 21. Pérez NE, Setién E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: Una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed.* 2008; 18(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol18_4_08/aci31008.htm [consultado: 27 de mayo de 2017].
 22. Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence- Based Medicine. *International Journal of Medical Informatics.* 2004; 73(1):35-43.
 23. Navarro F, Giribert C, Aguinaga E. Psiquiatría basada en la evidencia: ventajas y limitaciones. *Psiquiatría biológica.* 1999; 6: 77-84.
 24. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 2014; 348:g3725.

Capítulo 2. Preguntas Clínicas, Fuentes de Información en la Práctica Basada en Pruebas y Niveles de Evidencia.

*Juan Antonio Albaladejo Martínez,
Jesús Martí Esquitino,
Fernando Navarro-Mateu.*

1. Introducción

La atención sanitaria exige la mejor actuación posible ante escenarios clínicos complejos, obligando al profesional a tomar decisiones en base no sólo a su experiencia clínica sino a la mejor evidencia científica disponible. La Práctica Basada en Pruebas (PBP) permite dar respuesta a estas situaciones de una manera sistemática, en primer lugar, mediante la correcta formulación de preguntas clínica, a continuación, con la búsqueda efectiva y eficiente de información relevante sobre el problema sustentada en los niveles de evidencia científica establecidos y, finalmente, tras su lectura crítica aplicarlos al escenario clínico. Esta aplicación práctica a la resolución del escenario clínico original se produce mediante la combinación de los elementos esenciales en la toma de decisiones desde la PBP: la experiencia clínica, las evidencias científicas y las preferencias y valores de los pacientes o usuarios del sistema sanitario. En el presente capítulo se exponen brevemente algunos de estos elementos.

2. Formulación de Preguntas Clínicas.

En la atención sanitaria el profesional debe tomar decisiones en relación a complejos escenarios clínicos. El incesante desarrollo de medios diagnósticos y terapéuticos en medicina provoca que sea muy complicado basar la práctica clínica exclusivamente en la experiencia profesional. No sólo es necesario garantizar una adecuada formación continuada que module la experiencia profesional, sino que ésta puede quedarse relativamente obsoleta en un breve espacio de tiempo con

el aumento exponencial del conocimiento científico. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de estar al día sobre las nuevas aportaciones en su disciplina y utilizarlas para llevar a cabo una actividad asistencial de alta calidad. La información sanitaria está sometida a continua renovación, por lo que el nivel de actualización del conocimiento y habilidades por parte de los profesionales disminuye conforme transcurre su actividad profesional, si no existe un adecuado proceso de formación continuada (1). Cuando se menciona a la formación continuada, no sólo no hacemos referencia a la mera asistencia pasiva a cursos tradicionales de dudosa eficacia, sino que incorporamos otras experiencias docentes más eficientes – clubs de lectura crítica de artículos científicos, investigación,....

Los continuos avances en el conocimiento científico se traducen en innumerables trabajos de investigación y publicaciones científicas, por lo que resulta imposible que los profesionales sanitarios puedan identificar los artículos de mayor interés y relevancia clínica ante tal magnitud de información, junto al hecho de que debido a la elevada carga asistencial los profesionales sanitarios no disponen de tiempo suficiente para actualizar conocimientos (2). La puesta en práctica del modelo de PBP tiene como objetivo integrar las mejores evidencias científicas disponibles con la experiencia profesional y las preferencias del paciente, para la toma de decisiones clínicas que afectan al cuidado del paciente en los diversos escenarios de la clínica diaria (3).



Figura 1: Circuito de la PBP.

En el circuito de la PBP, que se muestra en la figura 1, la primera etapa consiste en la descripción de un problema clínico y elaboración de una pregunta clínica.

En esta fase se pretende que la exhaustiva recopilación de información sobre un escenario clínico conduzca a la detección de necesidades de información concretas y a su transformación en una cuestión clínica que pueda obtener respuesta. La elaboración de una pregunta clínica adecuada es una etapa fundamental en la aplicación de la PBP, que tiene como fines específicos focalizar la atención en el problema clínico de interés y desarrollar la mejor estrategia de búsqueda de la evidencia disponible (4).

Para la adecuada formulación de preguntas clínicas se recomienda seguir una estructura determinada que ayude a delimitar el problema de interés, recogida mediante el acrónimo **PICO** (4):

- La **P** se refiere al paciente o problema clínico, de manera que se recojan las características clínicas esenciales del paciente o problema de interés que faciliten fijar los límites para la posterior estrategia de búsqueda, y respondería a la pregunta: ¿cómo podría describir un grupo de pacientes o escenario parecido al que me encuentro?

- La **I** refleja la intervención de interés, que puede ser diagnóstica, terapéutica, etc.

- La **C** establece la intervención a comparar con la de interés, de gran significación en caso de preguntas clínicas sobre medios terapéuticos.

- La **O** (del término inglés “outcome”) hace referencia al resultado de la intervención.

Además de estos cuatro elementos recogidos en el formato PICO, el tipo de pregunta clínica y el tipo de diseño de investigación más adecuado son elementos que facilitan la elaboración de la mejor estrategia de búsqueda (4). La mayoría de preguntas clínicas derivadas de la práctica clínica habitual se puede resumir en 4 grupos generales (5): i) tratamiento (efectos beneficiosos o menores efectos secundarios de distintas alternativas terapéuticas); ii) daño (efectos negativos del tratamiento sobre el paciente); iii) diagnóstico (determinar capacidad de una intervención para detectar un problema de salud determinado); y, iv) pronóstico (evolución de una enfermedad en el futuro).

La determinación del tipo de pregunta clínica tiene como objetivo encaminar la estrategia de búsqueda hacia el tipo de diseño de investigación que responda mejor a la cuestión clínica planteada. La validez de los resultados de una investigación depende del diseño, de manera que existen varias clasificaciones sobre niveles de evidencia jerarquizados de los distintos tipos de estudios (ver apartado específico al final del capítulo), según su rigurosidad metodológica y el potencial control de sesgos (4).

3. Fuentes de Información en PBP.

En la búsqueda de las mejores pruebas científicas, se han generado una enorme cantidad de recursos de información alrededor de la PBP que facilitan llegar a la información clínica de alta calidad a la hora de tomar una adecuada decisión sanitaria respecto a un paciente. Algunos de estos recursos se han llamado evidencias preevaluadas, ya que realizan una valoración previa e integración de los trabajos científicos relevantes, junto con una renovación periódica de manera que los datos científicos sean de alta calidad y estén siempre actualizados. La gran cantidad de fuentes de información disponibles en el modelo de PBP y la falta de tiempo para realizar una búsqueda en todos los recursos ha generado la necesidad de crear sistemas de agrupación y clasificación, ya que no todas las fuentes disponibles son las idóneas para ayudarnos a resolver todos los escenarios clínicos que se nos presentan.

Haynes y colaboradores propusieron una clasificación de las fuentes de información para la toma de decisiones clínicas tomando como objetivo facilitar el uso de los recursos preevaluados existentes definiendo prioridades en la búsqueda y localización de publicaciones científicas que ayuden en la resolución de problemas clínicos (6). Inicialmente se llamó modelo de las “4S” de acuerdo a las iniciales de los distintos recursos en inglés (systems, synopses, syntheses, studies). Estos recursos se distribuían de manera jerarquizada en una pirámide de 4 escalones. La búsqueda tendría que empezar siempre por los niveles más altos, para bajar a otros escalones de la pirámide si no se encuentran recursos válidos y pertinentes para responder a nuestras preguntas. Este modelo sufrió un cambio con el paso de los años, añadiéndose un nuevo escalón, los sumarios (summaries) y pasa a llamarse modelo de las “5S”. Posteriormente, la clasificación evolucionó, pasando a denominarse modelo de las “6S” o pirámide de las “6S”, sumando una capa más debido a que en el modelo de las “5S” la sinopsis de un estudio individual y el resumen de una Revisión Sistemática se consideraban equivalentes, pero según los niveles de evidencia la revisión sistemática aporta mejor evidencia que un único estudio. Por este motivo el modelo pasa a las “6S”, diferenciando los dos tipos de sinopsis de estudios o de síntesis (6). Según este modelo la pirámide de las “6S” se compone de los siguientes escalones, gráficamente mostrados en la figura 2:

- **Estudios:** En la base de la pirámide se definen como bases de datos de artículos originales, primarios o individuales. En la actualidad existen numerosas revistas secundarias basadas en la evidencia, pero a menudo resulta preciso recurrir a los trabajos científicos originales para resolver problemas clínicos.

- **Sinopsis de estudios:** Este nivel fue añadido por Haynes y colaboradores en el modelo de las “5S”. Está formado por las revistas secundarias basadas en la

evidencia, en las que se presenta un resumen breve y completo de un estudio primario aportando datos relevantes y suficientes de cara a la toma de decisiones en la práctica clínica. Tiene la ventaja de que nos aportan la seguridad que el artículo resumido es de elevada relevancia clínica y alta calidad. Son escritos muy breves y de fácil lectura, que aportan comentarios relacionados con la aplicabilidad clínica de sus resultados.

- **Síntesis:** En el tercer escalón se encuentran las Revisiones Sistemáticas, que recogen de forma exhaustiva toda la información científica sobre un problema clínico específico. Utilizan una metodología determinada, tras formulación de una cuestión clínica se realiza una búsqueda de estudios sobre el tema, los cuales son seleccionados según su calidad, para a continuación obtener los resultados de los estudios incluidos y presentarlos de forma resumida de manera cualitativa o cuantitativa (Metaanálisis), junto con unas conclusiones.

- **Sinopsis de síntesis:** Se trata de un resumen de los hallazgos de una Revisión Sistemática que aporta información suficiente para sustentar la toma de una decisión clínica. Forman parte de revistas secundarias que realizan una búsqueda, cribado y separación de artículos recogidos en revistas primarias. Encontrar una sinopsis relevante de una revisión sistemática aporta dos ventajas, que aporta un resumen práctico de la revisión correspondiente y que habitualmente hace comentarios sobre calidad metodológica de la síntesis y la aplicabilidad clínica de sus conclusiones.

- **Sumarios:** Son recursos que sistematizan las mejores evidencias disponibles de los escalones inferiores de la pirámide, siendo recogidas en forma de guías de práctica clínica (GPC) o bases de datos sobre problemas clínicos específicos. Estas fuentes de información se actualizan periódicamente. Dentro de los sumarios se encuentran los Servicios de Respuestas a Preguntas Clínicas, donde los profesionales sanitarios pueden obtener contestación a cuestiones clínicas realizadas. Las GPC son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para guiar a los profesionales sanitarios y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre las prácticas sanitarias más adecuadas en situaciones clínicas concretas. En las GPC cada recomendación tiene que ir acompañada del nivel de evidencia y el grado de recomendación.

- **Sistemas:** Son recursos de información basados en evidencias en los que las características individuales de los pacientes se integran automáticamente con la mejor y más actualizada evidencia de acuerdo a las circunstancias específicas del paciente y del médico, y permiten al médico toma la decisión clínica sobre el escenario. Dentro de estos recursos están los sistemas informáticos de apoyo a la toma de decisiones, los cuales integran y resumen las mejores evidencias científicas

sobre un determinado problema clínico. Estos programas informáticos se mantienen actualizados con las evidencias más recientes y vinculan automáticamente a través de la historia clínica electrónica las circunstancias específicas del paciente con la información relevante, dando como resultado recomendaciones específicas para cada paciente.



Figura 2: Modelo de las "6S" para clasificación de fuentes de información. Modificado de Haynes y cols (6).

En el portal de Internet del Servicio Murciano de Salud existe disponible una biblioteca virtual, en la que hay disponibles una serie de recursos de información para la PBP presentados según la clasificación anterior (<http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=2&tipo=AD> (7)).

4. Grados de Evidencia Científica.

Todos los diseños de investigación pueden estar sometidos a diferentes sesgos o errores sistemáticos que pueden limitar su validez interna, pero no todos tienen las mismas vulnerabilidades. Estas diferencias entre los diferentes diseños de investigación permiten clasificarlos según rigor científico y su vulnerabilidad hacia los sesgos en la denominada "Jerarquía de las Evidencias". El grado de evidencia indica el nivel de confianza respecto a los resultados que se obtienen en los estudios, es decir, hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto. Asimismo, la fuerza de una recomendación indica hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica la recomendación conllevará más beneficio que riesgo (8).

Por otra parte, los diferentes grados de evidencia conllevan diferentes recomendaciones. Existen numerosas clasificaciones de grados de evidencia y recomendaciones asociadas. Las principales son la de la "US Preventive Services

Task Force”, usando una metodología adaptada de la “Canadian Task Force on the Periodic Health Examination”, y la guía escocesa “Scottish Intercollegiate Guidelines Network” (SIGN), que será la que utilizaremos en este manual por estar más actualizada y resultar más completa (9,10) (*tablas 1 y 2*). Por otra parte, la utilización de estas escalas debiera realizarse con precaución, porque no dejan de estar sujetas también a importantes limitaciones, al no discriminar habitualmente entre las diferencias de calidad y rigor científico en el mismo nivel de evidencia científica (11).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Tabla 1. Niveles de evidencia

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controlados, o estudios de cohortes o de casos-controlados de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controlados bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Grados de Recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

5. Listas de Comprobación.

Las listas de comprobación, o “checklist” constituyen una herramienta fundamental en la PBP. Consisten básicamente en listas, elaboradas por consenso de expertos, consistente en aquellos elementos indispensables para garantizar una adecuada calidad del informe de la investigación en función del estudio realizado. Por tanto, existe una lista de comprobación (al menos) para cada tipo de estudio. Pueden dividirse en dos tipos de listas, las que se utilizan como guía para escribir los informes de los estudios y las que sirven para valorar la calidad de los informes de estudios, es decir, para la lectura crítica de artículos de investigación. A continuación, se enumeran brevemente ambas listas.

5.1. Listas de comprobación para escribir artículos de investigación

Las principales y más utilizadas son: PRISMA (para revisiones sistemáticas y metaanálisis), CONSORT (para estudios clínicos aleatorizados o ECAs) y STROBE (para estudios observacionales -trasversales, casos y controles y cohortes-). Para facilitar su difusión, se ha publicado una serie de artículos en las revistas científicas más importantes, que enumeran, describen y explican con ejemplos, los ítems de cada una de estas listas. Estas siguen un proceso continuo de revisión y de especificación, y conforme pasa el tiempo van surgiendo adaptaciones para estudios más concretos. Todas las listas de comprobación pueden encontrarse en la web de EQUATOR (<http://www.equator-network.org/>). Esta página pretende recopilar las listas de comprobación e informar de sus actualizaciones por lo que recomendamos encarecidamente su consulta en la tarea de escribir un artículo.

5.2. Listas de comprobación para leer de forma crítica.

La lectura crítica está más desarrollada en el mundo anglosajón, en concreto, el Centro para a Medicina Basada en Pruebas está situado en el Reino Unido, y cuenta con numerosas herramientas para realizar lectura crítica de calidad, de las que después se han derivado adaptaciones. En su web podemos encontrar listados y plantillas con los puntos más importantes (<http://www.cebm.net/resources/publications/>).

En España existe una organización sin ánimo de lucro distribuida en nodos por todo el territorio nacional, con sede en Alicante, llamada CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español). Se basa en la colaboración entre personas (en su mayoría clínicos), es independiente y esa independencia le permite criticar la evidencia sin conflictos de interés (<http://www.redcaspe.org/>).

Además de las listas de comprobación en inglés y su adaptación al castellano por el grupo de CASPe, el club de lectura crítica del Hospital del Hospital Psiquiátrico Román Alberca ha realizado un trabajo de adaptación específica. Las plantillas resultantes se desarrollarán en el capítulo 7.

6. Conclusiones.

La PBP tiene como objetivo integrar las mejores evidencias científicas disponibles con la experiencia profesional y las preferencias/valores del paciente, para la toma de decisiones clínicas que afectan al cuidado del paciente (3). En el circuito de la PBP consta de varias etapas (figura 1), donde la elaboración de una pregunta clínica adecuada es una etapa fundamental para focalizar la atención en el problema clínico de interés y desarrollar la mejor estrategia de búsqueda de la evidencia

disponible (4). Para la adecuada formulación de preguntas clínicas se recomienda seguir una estructura determinada recogida mediante el acrónimo PICO (4).

En la búsqueda de la mejor evidencia científica, se han generado una enorme cantidad de recursos de información alrededor de la PBP. Uno de estos recursos se han llamado evidencias preevaluadas, caracterizadas por una valoración previa e integración de los trabajos científicos relevantes y su renovación periódica. El modelo de las “6S” (figura 2) para clasificación de las fuentes de información tiene como objetivo facilitar el uso de los recursos preevaluados existentes definiendo prioridades en la búsqueda y localización de publicaciones científicas que ayuden en la resolución de problemas clínicos.

Existen numerosas clasificaciones de grados de evidencia y recomendaciones asociadas, que deben utilizarse con precaución, al no discriminar habitualmente entre las diferencias de calidad y rigor científico en el mismo nivel de evidencia científica (11).

Las listas de comprobación, o “checklist”, consisten en listas de elementos indispensables para mantener la calidad del informe de la investigación en función del estudio realizado. Existen dos tipos de listas, las que se utilizan como guía para escribir los informes de los estudios y las que sirven para valorar la calidad de los informes de estudios.

7. Ideas Clave.

- En el circuito de la PBP la formulación de una pregunta clínica es fundamental para concretar el problema clínico y facilitar la mejor estrategia de búsqueda de información.
- La PBP ha generado gran número de recursos de información, como las evidencias preevaluadas, requiriendo sistemas de clasificación jerárquicos para facilitar su uso.
- Los niveles de evidencia y grados de recomendación gradúan la calidad y validez de los estudios de investigación.
- Las listas de comprobación son herramientas de la PBP, útiles tanto para escritura como para lectura crítica de artículos de investigación.

8. Bibliografía

1. Toon P. Educating doctors, to improve patient care. *BMJ*. 1997 Aug 9; 315(7104):326.
2. Navarro Mateu F, Giribet Muñoz C y Aguinaga Ontoso E. Psiquiatría basada en la evidencia: ventajas y limitaciones. *Psiquiatría Biológica*. 1999 Mar;6(2):77–85.
3. STRAUS, S.E.; RICHARDSON, W. S.; GLASZIOU, P.; HAYNES, R. B. S SE.RICHARDSON, WS.GLASZIOU, P.HAYNES, RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar la MBE. 3a edición. Madrid: Elsevier.
4. Navarro-Mateu F. y Martín García-Sancho. Formulación de preguntas clínicas e introducción a la estrategia de búsqueda de información. En: Sánchez M, Navarro Mateu F, Castillo M, Menárguez J, Sánchez J (ed). *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia: Su aplicación a la práctica clínica*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2007. pp. 47-72. (http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136606-capitulo_2.pdf).
5. Guyatt G, Rennie D.: *Guías para usuarios de literatura médica. Manual para la práctica clínica basada en la evidencia*. Ars Médica, 2004.
6. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid - Based Nurs Lond [Internet]*. 2009 [cited 2017 Jun 5]; 12(4). Available from: <http://search.proquest.com/health/docview/1784005595/abstract/B68ECF4201F40ABPQ/2>
7. [cited 2017 Jun 5]. Available from: <https://www.murciasalud.es/bvms.php?idsec=5>
8. Sánchez Sánchez JA, Aguinaga Ontoso E. Orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE). En: *Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia programa transversal y complementario del residente (PTCR)* [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia; 2012 [citado 17 de julio de 2017]. p. 137-44. Disponible en: <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/04/Metodologia-investigacion-PCBEevidencia.pdf>
9. Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P, Rotaeche del Campo R. [How are the quality of evidence and the strength of recommendations to be classified?]. *Aten Primaria*. Enero de 2006; 37(1):5-8.
10. Castillejo MM, Zulaica CV. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *MBE Ser Guías Clínicas [Internet]*. 2007 [citado 20 de

julio de 2017];1(6). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/sintesis.pdf>

11. Sánchez Sánchez JA, Aguinaga Ontoso E, Navarro-Mateu F. Introducción a la Atención Sanitaria basada en la evidencia. En: Atención sanitaria basada en la evidencia: Su aplicación a la práctica clínica [Internet]. Primera. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2007. p. 15-46. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88

Capítulo 3: Aproximación a la Lectura Crítica

*Fabiola B. Soler Ferrería,
Francisco Serrano,
Fernando Navarro-Mateu*

1. El Club de Lectura Crítica: Definición, Objetivos y Metodología.

En la actualidad, los profesionales de la Salud Mental, y de la salud en general, contamos con una ingente cantidad de artículos científicos en un gran número de publicaciones científicas. Para mantener un nivel aceptable de actualización de nuestros conocimientos y competencias relacionadas con nuestra práctica clínica y para poder incorporar los últimos hallazgos empíricos tendríamos que realizar un esfuerzo inmenso si pretendiéramos revisar, leer y asimilar toda la información disponible. Las nuevas tecnologías han facilitado enormemente la accesibilidad a la información científica.

Sin embargo, no es oro todo lo que reluce. No todas las publicaciones *científicas* cumplen con unos mínimos criterios de calidad exigibles y existe una clasificación jerárquica de los diferentes diseños de investigación en función de las preguntas de investigación que pretenden responder (1). Aun cuando han sido publicados en revistas de impacto tras un proceso de revisión por pares, los artículos no están exentos de defectos metodológicos que se deben tener en cuenta a la hora de dar suficiente credibilidad a los resultados que proponen los autores (2). Por tanto, es imprescindible adoptar un acercamiento crítico a la literatura científica y evaluar objetivamente la validez interna y externa de tales resultados, así como la pertinencia para aplicarlos en un contexto clínico concreto. Esta tarea es la que abordamos desde la lectura crítica (LC) de los artículos científicos, donde antes de valorar los resultados de un estudio se analiza la rigurosidad metodológica con la que se ha realizado.

La lectura crítica de artículos científicos es una de las principales etapas en la aplicación de los principios de la Práctica Basada en Pruebas (PBP). Al margen de su incorporación personal entre nuestras estrategias de aprendizaje y/o actualización de nuestros conocimientos, una de las herramientas propuestas para su difusión es su práctica en un formato grupal y de forma más o menos estructurada en los denominados Club de Lectura Crítica (CLC, o Journal Club).

Los Club de Lectura Crítica tienen su origen en el Hospital St. Bartholomew de Londres, a mediados del siglo XIX. En las Memorias y Cartas de Sir James Paget, un cirujano británico, aparece reseñado como “una especie de club... una pequeña habitación sobre una panadería cerca de la puerta del hospital donde podíamos sentarnos y leer revistas.” Más tarde, Sir William Osler estableció el primer club de lectura formalizado en la Universidad McGill de Montreal en 1875. El propósito original era “para la compra y distribución de publicaciones periódicas a los que no podían permitirse suscribirse” (3). Desde entonces, se han ido extendiendo en diversos formatos hasta la actualidad, momento en el que encontramos experiencias de CLC en distintos ámbitos de la asistencia sanitaria. Existen algunas características que los diferencian claramente de las sesiones clínicas o bibliográficas más tradicionales y extendidas en nuestro entorno profesional. Antes de entrar en estos detalles es pertinente detenernos en su definición, objetivos y organización, para poder comprender luego su utilidad e importancia para la práctica clínica.

1.1. Definición de un CLC

Podemos definir un **Club de Lectura Crítica** (CLC) como un grupo de individuos que se reúne habitualmente para discutir críticamente la validez y la aplicabilidad clínica de los artículos de las revistas científicas (4). Generalmente están organizados en torno a un tema definido en relación a investigación básica o aplicada, según el interés del grupo y el contexto en el que se desarrollan. Existen diferentes formatos, pero, en general, la lectura crítica se realiza de manera colaborativa, de tal forma que cada participante aporta su punto de vista sobre los diferentes aspectos metodológicos del artículo (ej.: el diseño, los análisis estadísticos, adecuación de los instrumentos utilizados, la metodología, etc.), analizando así su rigurosidad y por tanto la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos, así como discutir sobre su utilidad y posibles aplicaciones prácticas. Finalmente, el grupo puede sintetizar los resultados de la lectura crítica en un documento resumen o CAT (Critically Appraised Topic) con unas características que se comentarán más adelante.

Es evidente que esta forma de abordar la lectura crítica (LC) será mucho más productiva y gratificante que el realizarla en solitario, siendo esta una de las grandes aportaciones de los CLC. De esta forma, será más fácil persistir en el ejercicio de la LC, ampliar nuestras habilidades y conocimientos metodológicos para poder

realizarla de una manera más juiciosa, y finalmente poder incorporarla en la toma de decisiones de la práctica profesional.

1.2. Objetivos de un CLC

Los **objetivos** que se pueden plantear para un CLC pueden ser muy variados, y dependerá de los intereses del grupo, del contexto y la finalidad para la que se cree. Algunos de los objetivos potenciales descritos en la literatura son los siguientes (5):

- servir de introducción a un campo específico dentro de las ciencias de la salud (para estudiantes);
- crear un puente entre la investigación y la práctica clínica;
- servir como base de conocimiento para residentes de medicina u otras especialidades sanitarias;
- proporcionar una actualización del conocimiento dentro de un área;
- promover la práctica de actuaciones clínicas actualizadas y empíricamente probadas;
- promover la discusión sobre una controversia científica;
- enseñar habilidades para la lectura crítica de literatura científica;
- aprender a evaluar la fortaleza de la evidencia y la fiabilidad de los resultados propuestos;
- propiciar un pensamiento crítico;
- ser semillero de ideas de investigación;
- promover un mejor entendimiento de los procesos de investigación;
- crear una base de datos de conocimiento para el propio grupo;
- promover un foro social de encuentro que va más allá del trabajo.

2. ¿Cómo organizar un CLC y no morir en el intento?

La **organización** de un CLC tiene ciertas características específicas. En general, podemos decir que implica reuniones periódicas (al menos una vez al mes), en las que se revisan entre 2 y 3 artículos científicos en respuesta a una pregunta clínica (6), o bien uno en profundidad. Quizás lo más parecido a un CLC, y con lo que estemos más familiarizados, sean las sesiones bibliográficas tradicionales, generalmente más extendidas en los contextos clínicos. Sin embargo, existen diferencias conceptuales y formales importantes entre estas últimas y los CLC (5).

En los CLC los *miembros del grupo eligen el tema* sobre el que discuten, a partir de sus intereses comunes, tomando un rol más activo y participativo en la

selección de temas a discutir respecto a las sesiones bibliográficas donde el lector es quien informa a los demás del tema y los contenidos seleccionados según su propio interés. En el CLC la *discusión del tema está sujeta a una metodología explícita*, lo que no sucede en las sesiones bibliográficas, si es que hay discusión. En estas sesiones, se suele priorizar lo novedoso, abarcando múltiples temas en la exposición; mientras que en el CLC se *prioriza el profundizar en uno o dos temas*, aunque no sean de tan reciente publicación. Nuevamente el *rol de los miembros del CLC es activo a la hora de evaluar e interpretar* los datos presentados, así como sobre su aplicabilidad; mientras que en las sesiones bibliográficas este trabajo recae en el lector.

La información abordada en el CLC puede ser presentada de diferentes maneras, según el interés del grupo al que va dirigido, los objetivos específicos que se planteen, y la metodología que prefieran implementar. Existen modelos estructurados de trabajo que pueden servir de guion para quienes se inician en esta actividad o quieren una metodología más rigurosa. Una estructura ampliamente utilizada es la de los **CATs (Critically Appraised Topics**, que podríamos traducir como “Tema Valorado Críticamente”). Estos se estructuran en 4 pasos, reflejando la metodología de la PBP:

1. Formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente;
2. Obtener, mediante la realización de búsquedas bibliográficas sistemáticas, las mejores evidencias disponibles para responder a la pregunta planteada;
3. Valorar críticamente la validez de las respuestas obtenidas y su aplicabilidad en nuestro medio;
4. Aplicarla en nuestra práctica clínica.

Podríamos decir que el resumen escrito de estos cuatro pasos es lo que se denomina un CAT.

Presentar los datos siguiendo la estructura de los CATs puede resultar muy útil para la consulta de otros profesionales ante la misma pregunta clínica. La creación de Bancos de CATs (ver apartado de Experiencias actuales) facilita esta labor, como así también su posible publicación y difusión en revistas secundarias (7–9). Así, podemos encontrar publicados CATs (10,11), como casos clínicos revisados con una bibliografía muy justificada y que promueven la adquisición y puesta en práctica de habilidades de búsqueda bibliográfica, lectura crítica e integración de evidencias en la toma de decisiones clínicas relacionadas con tratamientos, test diagnóstico, pronóstico de enfermedades, etiología o revisiones

sistemáticas. (12)

2.1. Estrategias para optimizar un CLC

A pesar de lo atractivo que pueda resultar, a primera vista, un CLC, existen múltiples dificultades a la hora de su puesta en marcha y, sobre todo, para garantizar su continuidad en el tiempo. Algunas recomendaciones pueden facilitar la implantación y estabilidad de los CLC (5, 13). En la Tabla 1 se recoge el **decálogo del éxito para un club de lectura** (5). Sin embargo, su implementación dependerá de las posibilidades del contexto donde se instaure. Por ejemplo, *hacer la asistencia obligatoria* no es posible en todos los contextos; o *el apoyo institucional explícito* en forma de reconocimiento de créditos e incluso soporte financiero depende también del ámbito institucional en el que nos encontremos (académico, laboral, etc.); pero sin duda serán de gran ayuda si pueden aplicarse. Otras medidas pueden ser más generalizables, como el tener una *agenda regular*, es decir, sesiones a la misma hora y mismo lugar y con el mismo grupo de personas. Esta estabilidad facilita el incorporar el CLC en nuestra rutina habitual. Al igual que el *reservar un tiempo suficiente y protegido* al margen de la actividad clínica habitual para este fin.

Un aspecto clave es que algún miembro del grupo actúe como *moderador experimentado y con capacidad de lectura crítica*, que a su vez haga llegar a los demás listados (checklist) definidos para la lectura crítica de los distintos tipos de estudios, de manera que se puedan rellenar previamente y discutir en la sesión. Sin este tipo de apoyo y guía la tarea de la LC puede hacerse muy confusa y la permanencia del CLC pendería de un hilo. En este orden de prioridades es también fundamental mantener vivo el interés de los asistentes a través de la *selección de artículos relevantes o interesantes* para su ámbito de actuación. El *revisar artículos originales* y disponer de *tiempo suficiente* para *explorarlos en profundidad*, y *debatir sobre su aplicación práctica*, puede ayudar a mantener el interés. En general, es importante incorporar los principios del *aprendizaje del adulto*, estos son: el aprendizaje autodirigido, la incorporación del conocimiento propio, el énfasis en la aplicación para resolver problemas clínicos reales de los participantes, el utilizar técnicas de resolución de problemas y el fomentar una participación activa. A un nivel más práctico, pero no menos importante, resultará más atractivo el CLC si se sirve *algo de comida y bebida* a los miembros del CLC, durante o después del grupo; de manera que se haga más ameno y acogedor.

Tabla 1. Decálogo del éxito para un club de lectura (5)

1. Hacer la asistencia obligatoria y promover CL independientes de la organización.
2. Apoyo institucional explícito, en forma de reconocimiento o créditos e incluso soporte financiero.
3. Agenda formal: regularidad en las sesiones que deben ser en la misma localización con miembros del CL estables
4. Tener un tiempo suficiente y protegido al margen de la actividad clínica habitual o las guardias (se sugiere por las tardes)
5. Sugerir moderadores experimentados y con capacidades de lectura crítica, que distribuyan parrillas o checklist definidos previamente a que se rellenen y se discutan
6. Suministrar algo de comida y de bebida a los miembros del CL
7. Hacer énfasis en la revisión de artículos originales y disponer de tiempo suficiente para explorarlos en profundidad
8. Percibirlos como una ganancia porque se debaten los objetivos individuales de los miembros que lo componen
9. Mantener vivo el interés de los asistentes a través de selección de artículos relevantes o interesantes
10. Incorporación de los principios de aprendizaje de adultos: aprendizaje autodirigido, incorporación del conocimiento propio, énfasis en la aplicación para resolver problemas clínicos reales de los participantes y fomentar una participación activa.

Ante tantas recomendaciones y dificultades para poner en marcha y mantener en el tiempo un CLC, cabe preguntarnos sobre su efectividad. Parece que no hay estudios bien diseñados que hayan investigado el impacto de los CLC en los resultados con los pacientes; sin embargo, hay alguna evidencia de que las sesiones que incorporan los principios de aprendizaje en el adulto tienen más probabilidades de tener un impacto no solo en el conocimiento sino también en las habilidades y en el comportamiento de los asistentes (13).

3. Experiencias actuales.

En **otros países** los CLC tienen una importante presencia. Un claro ejemplo es en EEUU, donde los CLC representan una parte importante de los programas de formación de las diferentes especialidades (14) y forman parte de todos los programas de formación en Medicina Interna y Rehabilitación (15).

En **España** encontramos algunos ejemplos de incorporación de los CL en la formación universitaria y formación continua de los profesionales de la salud. En cuanto al primer caso, la Universidad Europea de Madrid puso en marcha un Club

de Lectura Crítica en Fisioterapia para los profesores del departamento, con el fin de luego extenderlo a tutores de prácticas, ex-alumnos y alumnos de último curso. Para ello se ha realizado durante 6 semanas una experiencia piloto con una de las asignaturas del grado siguiendo el modelo de CLC implementado por el iCAHE en la Universidad del Sur de Australia, cumpliéndose con creces las expectativas de los participantes, según refieren los autores (16). En el ámbito de la Formación Sanitaria Especializada se han desarrollado diversas experiencias en la Región de Murcia. La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDM- SM) de la Región de Murcia incorporó la realización de sesiones de lectura crítica por los propios residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental como parte de la formación en Práctica Basada en Pruebas y en Metodología de la Investigación.

En el ámbito de la Formación Continua, una experiencia cercana es la puesta en marcha por la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMUMFYC), que organizó a través del Grupo de PBP, la implantación de un CLC en Medicina en formato de curso ofertado por el Colegio Oficial de Médicos de Murcia (COM). Con sesiones mensuales se revisan los principales diseños de investigación a través de artículos de interés elegidos por los propios participantes. Desde enero de 2017 vuelven a poner en marcha esta iniciativa, con una nueva edición del club de lectura crítica (17).

En un contexto más ligado a la práctica clínica, destacan dos experiencias. La del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla, en el que se organizaron las sesiones clínicas en formato de CLC, creando posteriormente un banco de CATs de libre acceso (<http://www.eulate.net/cats/>), centrado en temas de Medicina Física y Rehabilitación. La segunda experiencia es la del Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia (España), centrado en temas de salud mental y del que hablaremos en más detalle en el siguiente capítulo.

Hoy en día las tecnologías nos permiten tener puntos de encuentro virtuales que facilitan el intercambio de ideas y experiencias cuando las reuniones se ven dificultadas por cuestiones de espacio (desde disponer de un lugar adecuado para la reunión, hasta el poder acceder a él desde diferentes lugares geográficos) o tiempo (coordinar diferentes agendas). Así, en la actualidad existen múltiples **CLC virtuales** (18), donde, tras exponer un artículo, se evalúa críticamente y se exponen las aportaciones de los diferentes participantes. Un moderador junta los comentarios y sugiere nuevas direcciones dentro de un mismo tema. Esta forma de trabajo puede ser muy útil al no verse limitado por el número de participantes y permitir la participación de personas interesadas, aunque estén separadas geográficamente. La participación activa de los miembros se puede conseguir asignando roles (ej.:

realizar la búsqueda, redactar el CAT, hacer la exposición, etc.) que pueden ir rotando con las sesiones.

En español podemos encontrar un CL colaborativa relacionado con la implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia, que aparece citado, junto a muchos otros ejemplos, en la Tabla 2 (adaptada del trabajo de Ruiz García V. y Cabello J.B., 2010) (5).

Tabla 2. Algunas direcciones electrónicas con clubes de lectura virtuales.

http://evidencia.com/club-de-lectura-critica-colaborativa
http://journalclubfamilia.blogspot.com
http://sites.google.com/site/tabularasaclub
http://www.dom.umn.edu/divisions/cardiovascular/education/subspecialties/interventional-cardiology/fellowship/journal-club
http://www.tufts.edu/med/about/offices/oea/facultydevelopment/journalclub.html
http://medresidents.stanford.edu/journalclub.html
http://residency.dom.pitt.edu/Hcorner/ebm.asp
http://emjournalclub.googlepages.com/previousjctopics
http://www.journalclub.org
http://evidence-in-practice.cebm.net/EBP+Journal+Club
http://www.pcel.info/index.php?fuse=home.indexcard&id=21
http://pedscm.org/EBJournal_Club_intro.php
http://www.med.ufl.edu/oea/opfd/faculty/club_med.shtml
http://emed.wustl.edu/em_journal_club.html
http://www.serc.iisc.ernet.in/_phani/Mljclub/journalclub.html
http://www.umanitoba.ca/faculties/medicine/education/ed_dev/mejc.html
http://www.siumed.edu/dme/journal_club.html

4. Conclusiones

La Medicina Basada en Pruebas permite integrar los avances científicos con la experiencia profesional. En este sentido, la Lectura Crítica es una forma de materializar esa integración e incorporarla en la práctica clínica.

Los Clubes de Lectura Crítica (CLCs) pretenden analizar, de forma colaborativa, los aspectos metodológicos de artículos científicos que son de interés para el grupo, para hacer un uso juicioso de los resultados en la práctica concreta.

Los resultados del trabajo de análisis realizado en los CLCs a menudo se presentan bajo el formato de CAT (Critically Appraised Topic), con una estructura claramente definida: 1. Pregunta clínica; 2. Búsqueda bibliográfica sistemática; 3. Valoración crítica de la metodología y resultados; 4. Aplicación en la práctica clínica concreta.

A pesar de las ventajas de los CLCs, no son pocas las dificultades para implantar y mantener estos grupos de trabajo. Es importante aplicar estrategias que ayuden a dar estabilidad a los CLCs.

5. Ideas Clave

- Los Clubes de Lectura Crítica son grupos de profesionales que analizan conjuntamente la calidad metodológica de artículos de interés para la práctica clínica.
- Se puede utilizar el CAT como forma de presentación de la información.
- La implantación y mantenimiento de los Clubes de Lectura Crítica permiten incorporar la metodología de la Práctica Basada en Pruebas en la práctica clínica habitual.

6. Bibliografía

1. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chil Infectol*. 2014; 31(6):705–718.
2. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. Disponible en: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0020138>.
3. Linzer M. The journal club and medical education: over one hundred years of unrecorded history. *Postgrad Med J*. 1987 Jun; 63(740):475–8.
4. Spillane AJ, Crowe PJ. The role of the journal club in surgical training. *Aust N Z J Surg*. 1998 Apr;68(4):288–91.
5. Ruiz García V., Cabello J.B. Clubes de lectura en el siglo XXI. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(12):556–560.
6. Atzema C. Presenting at journal club: A guide. *Ann Emerg Med*. 2004 Aug; 44(2):169–74.
7. Evidence Based Medicine. Disponible en <http://ebm.bmj.com/>
8. Evidence Based Nursing. Disponible en <http://ebn.bmj.com/>
9. Evidence Based Mental Health. Disponible en <http://ebmh.bmj.com/>

10. Shannon S. Self-directed learning and continuing professional development. *Can Assoc Radiol J J Assoc Can Radiol*. 2000 Dec;51(6):326–7.
11. Ferrer García MD, Díez Pérez A. La búsqueda de evidencias en la práctica clínica. x. *Siete Días Méd Ed Mayo SA* 19999926-40.
12. Echevarría Ruiz De Vargas C, Pérez Castilla J, González López-Arza M aV. La enseñanza de la Medicina Basada en la Evidencia. *Rehabilitación*. 2001 Jan 1; 35(6):397–401.
13. Swift G. How to make journal clubs interesting. *Adv Psychiatr Treat*. 2004 Jan 1; 10(1):67–72.
14. Alguire PC. The future of continuing medical education. *Am J Med*. 2004 Jun 1;116(11):791–5.
15. Moberg-Wolff EA, Kosasih JB. Journal clubs. Prevalence, format, and efficacy in PM&R. *Am J Phys Med Rehabil*. 1995 Jun;74(3):224–9.
16. Sánchez G, César P, Delgado Pérez E. Journal Club o Club de Lectura Crítica en Fisioterapia [Internet]. Universidad Europea de Madrid; 2012 [cited 2017 May 9]. Available from: <http://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/1688>
17. Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia. Curso de Club de Lectura en Medicina. Disponible en <http://www.commurcia.es/fichaformacion.asp?id=301>
18. Koppersmith RB, Stewart MG, Ohlms LA, Coker NJ. Use of an Internet-based journal club. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. 1997 Apr;116(4):497–8.

Capítulo 4: Breve Historia del Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca

*Pedro Rosique y
Fernando Navarro-Mateu*

*“No saber lo que ha sucedido antes de nosotros es como ser incesantemente niños”
(Cicerón 106-43 A.C.)*

1. Introducción

Exponer el recorrido histórico, la evolución que nuestro Club de Lectura Crítica ha tenido durante estos años, quizás no tenga más utilidad que el forzarnos a nosotros mismos a entender cómo hemos llegado hasta aquí, a tener una idea un poco más clara de quiénes somos y qué pretendemos. Realmente no es un asunto baladí, todo este libro en cierta medida tiene esta función. Pararnos a pensarnos. Son dos acciones, “parar” y “pensar”, que no solemos realizar muy a menudo. De hecho puede que sea un mal endémico de nuestra red asistencial, de nuestras organizaciones, la compulsión a la repetición, a cometer incesantemente los mismos errores una y otra vez, sin tener la capacidad de tomarse un tiempo, de disfrutar incluso, de un espacio de reflexión individual y grupal en el que analizar qué es lo que estamos haciendo, en qué fallamos, cómo mejorarlo.

Quizás pueda parecer arrogante pensar que nuestra pequeña historia tenga alguna utilidad, que sirva a algún fin para aquel que la lea. No nos han pasado grandes cosas ni hemos aportado ningún descubrimiento que alguien no haya realizado ya. La nuestra es una historia de perseverancia, de tenacidad, de ilusión, de profesionales comprometidos con su labor. Este libro no tiene más función que compartir nuestra experiencia, con el deseo de que sea de utilidad a quienes, como nosotros, busquen crear o mantener espacios de reflexión crítica, veraz, honesta, basada en la integración de las mejores pruebas que el método científico nos ofrece, nuestra

experiencia profesional y los valores/preferencias de los usuarios en un contexto de recursos limitados. Sin embargo no siempre hemos sido los mismos, ni hemos tenido una idea tan clara de lo que éramos o queríamos. Nos proponemos en este capítulo analizar los pasos que hemos seguido hasta llegar a ser lo que a día de hoy somos, para conocernos mejor, para no repetir errores, para ayudar, quizás, a otros con similares inquietudes.

Cada martes, llueva o truene, haya más o menos gente, de 9 a 10h de la mañana, indefectiblemente, nos reunimos un grupo de enfermeras de salud mental, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, médico de familia y farmacéutica, psicólogos clínicos y residentes, para pararnos a pensar. Pensamos sobre la mejor forma de ayudar a las personas a las que asistimos, sobre la manera en la que gestionamos nuestros servicios, sobre cómo la “ciencia” puede darnos pistas para esta difícil tarea de la Salud Mental, incluso algunos tenemos pretensiones de aportar un granito de arena al mundo de las “pruebas”. Empecemos hablando del contexto, del conjunto de factores que han hecho posible esta aventura.

2. El Contexto.

No quisiéramos extendernos en describir la realidad asistencial que todos compartimos. No creemos que podamos aportar nada nuevo en este terreno. De hecho sufrimos de los mismos problemas y dificultades que el resto de compañeros de la red asistencial: personas con patologías complejas, alta presión asistencial, formación vehiculizada en exceso por los laboratorios farmacéuticos,... Sin embargo, nos gustaría resaltar las dos entidades que confluyen para hacer posible este Club de Lectura Crítica, independientes pero sólidamente unidas, el Hospital Psiquiátrico Román Alberca y la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) de la Región de Murcia.

El Hospital Psiquiátrico es una institución fuertemente arraigada en la Salud Mental murciana. Situado en El Palmar, una pedanía de la ciudad de Murcia, es un hospital monográfico que, desde la reforma psiquiátrica de los años 80 y 90, ha emprendido un proceso de cambio continuo, de reinversión, para adaptarse e implementar un modelo de Salud Mental Comunitaria. Dispone de diversos servicios diferenciados entre sí. Una planta de hospitalización breve, tres de media estancia, un servicio de ámbito regional de Terapia Electroconvulsiva, un Hospital de Día, pisos terapéuticos y un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. La apuesta de la dirección es fomentar y mantener un espíritu innovador, que favorezca nuevas experiencias encaminadas a una mejor asistencia y organización de los servicios. De esta forma ha facilitado y colaborado en el nacimiento y desarrollo del Club de Lectura Crítica, aportando los medios materiales y apoyando a los profesionales,

dentro de las posibilidades de cada servicio, para disponer del tiempo necesario para reunirse. Tanto la Directora de Enfermería como el responsable de docencia del hospital, participan en el grupo, con lo que existe un apoyo institucional explícito. Además, éste último ha realizado los pasos administrativos necesarios para que las sesiones sean acreditadas por la Comisión de Formación Continuada, lo cual supone un mayor reconocimiento y motivación para nosotros.

La UDIF-SM se ubica físicamente en el mismo Hospital. Hasta no hace mucho tiempo ha dependido de la Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad (antigua Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica) de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud. En la actualidad depende de la nueva Gerencia de Salud Mental, de ámbito regional. Se encarga de la formación continuada de los profesionales de salud mental, de la formación sanitaria especializada de Salud Mental de la Región de Murcia (MIR de Psiquiatras, PIR -Psicólogos Clínicos y Enfermeras en Salud Mental -EIR) a través de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDM-SM), así como de desarrollar y promover la investigación en nuestro ámbito de actuación (1). Tanto el coordinador de la UDIF-SM y jefe de estudios de la UDM-SM, como el responsable de la formación de los residentes en psiquiatría son miembros activos del Club de Lectura Crítica.

3. La Evolución.

3.1. El Origen: Grupo de Promoción y Desarrollo de la Investigación.

Todo empezó en 2009. En los años previos, la Unidad de Apoyo a la Investigación de la UDIF-SM había organizado un grupo de trabajo, con representantes de toda la red de Salud Mental y otras organizaciones relacionadas, para analizar la situación de la investigación desde la actividad clínica “real” y desarrollar líneas estratégicas para su fomento. Esta iniciativa culminó en la elaboración de un documento denominado “Líneas estratégicas para el fomento y potenciación de la investigación en Salud Mental en la Región de Murcia, 2008-2018”. En este documento se determinó que la potenciación de la formación estratégica en metodología de investigación y asistencia sanitaria basada en evidencias constituía una de las líneas estratégicas a desarrollar. En este marco, la UDIF-SM tomó la iniciativa de transformar los cursos de metodología de la investigación que venía organizando en los años previos en una experiencia docente más participativa y con un formato más innovador con la participación activa de los profesionales y el desplazamiento del profesor a los centros asistenciales. Se organizaron tres iniciativas docentes en las áreas sanitarias de Cartagena, Lorca y en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA), de las cuales sólo la última experiencia continúa en la actualidad.

Esta experiencia coincidió con la existencia de un deseo explícito de fomentar la investigación en los distintos servicios que componían el Hospital Psiquiátrico, un grupo de profesionales de distintas disciplinas, de distintos servicios, con motivaciones diversas (desde los más biologicistas a otros con formación psicodinámica o intereses más relacionados con la gestión) favoreció y fomentó la experiencia docente en el HPRA. Tras un año de reuniones periódicas en el centro con el objetivo de formar y fomentar la investigación, la iniciativa se transformó en un Club de Lectura Crítica como estrategia para seguir fomentando la formación en investigación y explorar el potencial docente de las sesiones de lectura crítica para incorporar las mejores pruebas científicas en la toma de decisiones clínicas en nuestro entorno.

Merece la pena reflexionar sobre las motivaciones del grupo como clave para entender la persistencia y evolución de esta iniciativa. ¿Cuál es el motor que hace que un clínico, en la vorágine de su tarea asistencial, quiera desarrollar sus competencias en investigación y en la utilización de las pruebas científicas en su actividad clínica habitual? En un capítulo posterior se analizan en profundidad estas motivaciones mediante la utilización de una metodología cualitativa. Aquí pretendemos reflejar brevemente algunas reflexiones subjetivas. En efecto las motivaciones eran diversas, desde el compromiso con el propio trabajo, el sentido de responsabilidad, de dar respuesta a la sociedad del trabajo que se nos ha encomendado, de la necesidad de que nuestro trabajo sea valorado; a otros motivos menos sublimatorios, como poder conseguir puntos de forma honesta y con algo más de calidad de la habitual para las temibles bolsas de trabajo. En fin, quizás sea una forma en definitiva de compartir, de poder salir de la realidad asistencial que en ocasiones nos atenaza y ser más creativos en nuestro trabajo. Pero la motivación no basta y comprobamos enseguida que nuestros niveles de conocimientos acerca de los distintos aspectos relacionados con la investigación eran muy heterogéneos, incluso tras un año de experiencia con reuniones periódicas centradas en temas de investigación y el inicio de varios proyectos de investigación que se materializaron en varias iniciativas. Publicamos algunos pósters y se abrió alguna línea de investigación a más largo plazo, pero la frecuencia semanal de las reuniones hacía difícil compatibilizar los tiempos de formación con los de las necesidades prácticas de los diferentes proyectos y con la posibilidad de incorporar a nuevos compañeros interesados en participar en la iniciativa. ¿Por dónde podíamos continuar? La experiencia inicial de sesiones más o menos prácticas centradas en la investigación se transformó en sesiones de lectura crítica a propuesta de los responsables de la UDIF-SM. Iniciamos una serie de seminarios centrados básicamente en: búsquedas bibliográficas, las herramientas disponibles para la lectura crítica, la utilización de programas para la gestión de la bibliografía...

3.2. La Transición.

La formación en la Práctica Basada en Pruebas ofrecía la posibilidad de aproximarse a los conceptos básicos de los principales diseños de investigación y a conceptos estadísticos de una forma amigable y progresiva utilizando los problemas clínicos de la práctica habitual como eje conductor. Además, fomenta una nueva forma de pensar, a crear en nosotros una nueva perspectiva, a adentrarnos en el “paradigma” de la Práctica Basada en Pruebas (PBP), basada en tomar las mejores decisiones clínicas mediante la interacción de los elementos básicos que la componen (la experiencia profesional, las mejores pruebas científicas, los recursos asistenciales disponibles y las preferencias/valores de los usuarios del sistema sanitario). Como todo nuevo paradigma cuesta integrarlo en el modo habitual de pensar, de actuar, pero la formación y la perseverancia facilitan el camino. A la vez, empezamos a entender áreas de nuestro campo de trabajo que antes eran oscuras, difícilmente manejables; el cambio de paradigma, inevitablemente, también deja otras sin cubrir. De esta forma hubo voces que clamaron por incorporar sesiones clínicas tradicionales, ligadas a la opinión, a la subjetividad, a la experiencia particular, basadas más en revisiones tradicionales que en revisiones sistemáticas de la literatura científica, ... sometidas, por tanto, a grandes sesgos. El grupo se mantuvo firme, ésa no era nuestra misión. En el mismo Hospital existían espacios propicios para las sesiones tradicionales. Queríamos permanecer en el paradigma de la PBP, profundizar en él, sabiendo que los frutos, es decir internalizar los cambios que un nuevo paradigma ofrece, son lentos y requieren perseverancia.

Con el objetivo claro de continuar en este modelo, el grupo se fue definiendo poco a poco, pero firmemente, hacia un Club de Lectura Crítica. Explicaremos el proceso. En 2010, abandonada la promoción de la investigación como nuestro leitmotiv comenzamos a analizar sistemáticamente artículos científicos. Los seleccionábamos según los intereses de cada cual. Nos fuimos iniciando en la Lectura Crítica como forma de aprender metodología de la investigación e iniciarnos en la Práctica Basada en Pruebas en la Salud Mental.

Inicialmente, no teníamos una estructura suficientemente definida a la hora de presentar los artículos, de hecho, seguíamos el guión del mismo, deteniéndonos, para ir profundizando, en los aspectos de diseño experimental, método, qué nos aportaba a nuestra práctica clínica. Había llegado el momento de ir dándole una mayor estructura. El grupo ya era sólido, con objetivos claros, comunes, con un espacio físico y temporal que había demostrado ser capaz de sobrevivir a los avatares de la creciente presión asistencial. El horario, los martes de 9 a 10h, permitía enterarse antes de las principales incidencias de los servicios, pero no haber entrado aún en la rueda del trabajo diario.

Sin embargo, a algunos profesionales (enfermería y terapia ocupacional principalmente) les resultaba muy difícil mantener ese encuadre. Lo perfecto no existe, ni lo ideal, así que optamos por lo real. El grupo quedaba abierto, además de los miembros permanentes, estables, promovimos la participación puntual de quien quisiera compartir con nosotros, activamente o en forma de oyente, temas de su interés. Profesionales con dificultades horarias que sólo podían acudir ocasionalmente, residentes que en ese momento rotaran por los servicios del Hospital,... todos serían bienvenidos.

3.3. El Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Quedó así constituido en octubre de 2010 el Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Aprovechando que se han ido desarrollando diversas formas de acreditación de las actividades docentes por el sistema acreditador del Sistema Nacional de Salud, se iniciaron los trámites para la acreditación como sesiones formativas oficiales, hecho altamente motivador.

La tarea común era y es la lectura crítica de artículos en el marco de las prácticas basadas en pruebas. El grupo es abierto y constituido por profesionales de todas las disciplinas y profesiones representadas en el hospital, profesionales en formación e incluso personal dedicado a la gestión. La selección de artículos puede responder a diversas motivaciones:

- Búsqueda de pruebas para la práctica clínica siguiendo el modelo PICO (ver capítulo 2). La resolución de “escenarios clínicos”.
- Estudios utilizados o útiles para proyectos de investigación propios.
- Búsqueda de pruebas acerca de aspectos de gestión (promoción antitabaco en el hospital, beneficios de los distintos turnos de enfermería,...).
- Artículos históricos, que iniciaron nuevas líneas de investigación, base para muchos otros estudios, que generaron actitudes arraigadas en los clínicos y que queríamos conocer a fondo de una forma crítica.

El formato de trabajo común ha sufrido varias adaptaciones en el tiempo. Inicialmente se empezó a utilizar una aplicación informática disponible en el portal de Murcia Salud, el CATMaker (Critical Appraisal Topic Maker). Ésta nos proporcionaba una plantilla estructurada según el diseño experimental para la lectura crítica de los artículos seleccionados. Aunque permite realizar una lectura crítica estructura y elaborar un informe crítico al finalizar con un formato predeterminado, su utilización no es amigable ni fácil. Aproximadamente en el año 2012 decidimos adaptar los informes de lectura crítica integrando el formato final facilitado por el programa informático incorporando las preguntas clásicas facilitadas por las listas de comprobación clásicas específicas para cada diseño de investigación.

Exponer directamente el CAT sin comentar primero el artículo hacía que la sesión fuera fría, demasiado directa y, siendo realistas, la mayoría de las veces los demás miembros del grupo no han tenido tiempo de leerse previamente el artículo. Así que primero realizamos una pequeña revisión del mismo, ésta debe ser breve, si no nos dejaría sin tiempo para la reflexión y la crítica. Tras ello desarrollábamos la lectura crítica a través de estos CATs.

Poco a poco se abrió un nuevo momento, el cambio no solo consistió en sustituir una plantilla por otra, sino en ir cada vez más allá de la mera significación estadística, traspasarla, para poder “volver al escenario”, reflexionar acerca de la significación clínica de las pruebas analizadas. Pensamos así pedirnos un poco más, dar el giro que permitiera unir realmente el ámbito de la investigación con el clínico, dos campos que en nuestras mentes pueden parecer en ocasiones escindidos, disociados. Las pruebas deben ser puestas a trabajar en el escenario clínico, deben estar al servicio de nuestros usuarios, de nuestra práctica.

El grupo se vuelve así más vivo, más creativo, más motivado. El modelo se va internalizando, una vez que los aspectos metodológicos y estadísticos nos van resultando más familiares, nos vamos haciendo con ellos, el modelo pasa a trabajar de forma más automática, natural en nuestras cabezas. Pensamos desde el modelo, cuestionamos nuestros hábitos, nuestros “axiomas”, buscamos una mejor práctica basada en las mejores pruebas disponibles. Esta última expresión ya no es un cliché, sino que adquiere verdadero sentido y nos ayuda en nuestra labor diaria. Todo esto ha valido realmente la pena.

Para concluir señalaremos los principales puntos que creemos que han hecho posible la supervivencia del Journal Club del Hospital Psiquiátrico Román Alberca: primero la tenacidad y la motivación, tener clara nuestra misión, nuestros objetivos, nuestra identidad, a la vez que poder flexibilizarnos dentro de este marco a las necesidades de cada miembro; ser un equipo multidisciplinar, con intereses diversos y complementarios, que incluye compañeros con experiencia en PBP y en lectura crítica e investigación y otros con amplia experiencia clínica; contar con apoyo institucional, poder dejar un hueco libre de lo asistencial en nuestra rutina semanal; ser un grupo reflexivo, capaz de pensarse, de superar sus dificultades y crecer.

Esperamos que nuestra experiencia pueda servir de ayuda a otros grupos con motivaciones similares, que este libro sea de utilidad para aquellos que estén pensando en formar un grupo de lectura crítica o que ya esté en marcha y podamos aportarles nuestras vivencias.

4. Ideas Clave

- El Club de Lectura Crítica del HPRA surge en 2010, con el objetivo de aprender metodología de la investigación e iniciarnos en la Práctica en Basada en Pruebas en Salud Mental a través de la lectura crítica de artículos científicos.
- El grupo es abierto y constituido por profesionales de todas las disciplinas y profesiones representadas en el hospital, profesionales en formación e incluso personal dedicado a la gestión.
- El diseño de las sesiones ha ido cambiando a lo largo del tiempo para ser más operativos y mantener la motivación de los miembros del grupo, pero manteniendo el objetivo final de elaborar los CATs.
- Diversas características han permitido su supervivencia: tenacidad y motivación; ser flexibles, pero manteniendo una identidad y objetivos claros; identificación clara de diversos roles en el grupo (organizativo y liderazgo); ser un equipo multidisciplinar con intereses diversos y complementarios; contar con apoyo institucional; capacidad de reflexión y búsqueda de una mejor asistencia.

5. Bibliografía

1. Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Garriga Puerto A, Morán Sánchez I, Ruíz Martínez AM, Giribet Muñoz C. La gestión del conocimiento en servicios sanitarios: una experiencia práctica desde la unidad de docencia, investigación y formación en salud mental (UDIF-SM) de la Región de Murcia. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2012;13(3):441-52. <http://www.fundacionsigno.com/archivos/20121010113840.pdf>

Capítulo (5): Líneas estratégicas para potenciar y consolidar el Club de Lectura Crítica (CLC) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA)

*Francisco J. Serrano-Bueno,
Fabiola B. Soler- Ferrería,
Pedro A. Rosique,
Fernando Navarro-Mateu*

1. Introducción.

Tras analizar en el capítulo anterior las características de la Práctica Basada en Pruebas (PBP), en general y de los CLC en particular, en el presente capítulo nos disponemos a describir la misión, visión y valores que definen el CLC del HPRA. Posteriormente, se realiza un análisis de nuestra experiencia siguiendo la metodología DAFO (1)

2. Misión, Visión y Valores del Club de Lectura Crítica del HPRA.

MISIÓN: somos un grupo de profesionales que pretende mejorar la práctica clínica, en sus vertientes asistenciales, de gestión e investigación, mediante la organización de seminarios de lectura crítica de artículos científicos en el HPRA desde una orientación multiprofesional y de salud mental comunitaria.

VISIÓN: ser un referente en la aplicación de los principios de la Salud Mental Basada en Evidencias/Pruebas creando dinámicas motivadoras para la implementación de una práctica clínica basada en la integración de las mejores pruebas científicas, la experiencia de los profesionales, los recursos disponibles y los valores y preferencias de los usuarios.

VALORES:

1. Desarrollo del trabajo multiprofesional.
2. Atención a las necesidades del usuario con la mejor evidencia disponible.
3. Fomento de la investigación en salud mental.
4. Visión crítica de la información científica.
5. Formación continuada mediante la actualización de conocimientos.
6. Independencia de fuentes de información interesadas.
7. Divulgación y espacios de difusión a los profesionales de la red de Salud Mental.
8. Compromiso con los especialistas de Salud Mental en formación.

3. Situación actual del CLC: Análisis DAFO

Para conocer y comprender la situación actual del CLC del HPRA, se ha utilizado la metodología basada en el análisis DAFO. Este análisis, también llamado FODA o SWOT en inglés, debe su nombre a las iniciales de los cuatro elementos de que se compone. Este método combina la reflexión personal con el consenso en grupo para analizar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de cualquier proyecto u organización (2). En él se tiene en cuenta tanto la situación interna como externa de las organizaciones. Además, no solo considera la situación actual, sino que también valora las contingencias que puedan darse en el futuro y la forma en que podrían afectar al grupo.

Factores externos:

Amenazas: circunstancias externas, presentes o futuras que pueden dificultar la consecución de los objetivos del grupo.

Oportunidades: circunstancias externas positivas que se pueden aprovechar para mejorar la situación actual.

Factores internos:

Debilidades: aspectos internos que disminuyen las posibilidades de alcanzar los objetivos del grupo

Fortalezas: aspectos internos positivos, potencialidades materiales o humanas con las que cuenta la organización.

Para realizar el análisis DAFO de nuestro CLC se realizaron varias reuniones presenciales focalizadas en esta tarea. Estos fueron los resultados obtenidos de la discusión y reflexión sobre los distintos elementos del análisis DAFO:

AMENAZAS	DEBILIDADES
Horario: Coincidencia horarios de trabajo que limita a algunos profesionales (Enf.-SM, Terapia ocupacional)	Falta de adecuada previsión / planificación para el envío de artículos con suficiente antelación, para su discusión.
Salud Mental Basada en Pruebas como disciplina relativamente joven. Pocas pruebas en algunos temas de salud mental.	Selección de artículos basado en disponibilidad y no en necesidad real.
Posibilidad de cambios institucionales y de directiva.	Dependencia de asesor experto en aspectos metodológicos.
Presión asistencial y de otras acciones formativas.	Escasa formación previa en metodología de investigación.
Complejidad y subjetividad inherente al campo de la salud mental que dificulta encontrar evidencias/pruebas.	Roles implícitos poco definidos del coordinador del CLC.
Actitud poco crítica ante información facilitada por empresas farmacéuticas.	Deficiencia en resolución del escenario clínico (poco tiempo dedicado aplicación clínica: búsqueda de la significación clínica vs estadística).
Falta de cultura investigadora.	Requiere alto esfuerzo y motivación personal, sobre todo al inicio.
Priorización de faceta asistencial en un entorno reticente ante otras actividades estratégicas (formación).	Limitaciones con el idioma (la mayoría de evidencia en inglés).
Escaso conocimiento de experiencias en Lectura Crítica de nuestro entorno.	Falta de ajuste horario (tanto al empezar como al terminar) Impuntualidad (sesiones del CLC a primera hora de la mañana)
Escasa evaluación del impacto de estas experiencias en la mejora de la organización asistencial.	

FORTALEZAS:	OPORTUNIDADES:
Motivación alta.	Apoyo institucional (HPRA, UDIF-SM): espacio, tiempo, material, acreditación oficial.
Características del grupo: grupo con experiencia acumulada, consolidado; cohesionado; multiprofesional; heterogéneo en cuanto a visión e intereses; autocrítico; comprometido con mejor asistencia a las personas.	Etapa de transición en Salud Mental (movimientos en primera persona, cuestionamiento de paradigmas clásicos, incorporación opinión usuarios, etc.)
Efecto motivador de la experiencia del Club	Disponibilidad de recursos bibliográficos en Murcia Salud (fuentes de datos, formación)
Aprendizaje en competencias en investigación, lectura crítica y clínica.	Oportunidades de difusión de la experiencia del CLC a través del HPRA, Murcia Salud
Lugar de reunión del CLC en el mismo lugar de trabajo de todos los integrantes	Actividades formativas en lectura crítica durante formación especializada y formación continua en profesionales (UDIF-SM)
Encuadre estable: lugar y hora prefijada, semanal.	

4. Líneas estratégicas de potenciación y consolidación del CLC

El análisis DAFO permite, además de conocer la situación actual, elaborar estrategias de mejora para el futuro en función de los datos obtenidos (puntos fuertes y débiles).

De la combinación de los aspectos negativos y positivos encontrados, tanto internos como externos, definimos algunas estrategias concretas de mejora. Propusimos intervenciones relacionadas con la organización y funcionamiento interno del Club y otras más enfocadas al exterior.

Estrategias enfocadas a cambios internos:

- Nombrar un coordinador general del Club, con funciones bien definidas.
- Informar al grupo, antes de enviar el artículo, de la pregunta PICO planteada. Si es posible, acompañar también el CAT.

- Estructura de la sesión: 1. pregunta PICO, 2. búsqueda bibliográfica, 3. lectura crítica del artículo seleccionado, y 4. resolución del caso. Gestionar los tiempos para poder abordar el último punto con claridad, dando tiempo a la discusión y debate sobre la resolución de los escenarios clínicos planteados.
- Explorar nuevas estrategias logísticas que faciliten la motivación, asistencia y puntualidad de los asistentes. (Ej.: incluir el desayuno en la sesión).

Estrategias orientadas hacia el exterior:

- Publicar, con al menos una semana de antelación, los temas/escenarios a tratar, y abrir la asistencia todos los profesionales del centro (aunque no participen activamente preparando sesiones).
- Publicar nuestra experiencia en el presente libro, con el Banco de CATS realizados.
- Promover y realizar actividades formativas (sesiones, cursos) sobre lectura crítica, aprovechando el apoyo institucional.
- Optimizar las colaboraciones con la Comisión de Docencia del HPRA (acreditación, estructura y espacio, página web del centro), con la UDIF-SM (formación, participación y orientación), con Murcia Salud (difusión del banco de CATS).
- Crear un banco de CATs de libre acceso (página web del HPRA y Murcia Salud).

5. Conclusiones

La utilización de la metodología DAFO ha permitido realizar una reflexión y elaborar estrategias para consolidar y mejorar la aplicabilidad clínica de la iniciativa del CLC del HPRA.

Consideramos especialmente importante, a nivel interno, dar mayor tiempo y profundidad a la resolución del escenario clínico, de manera que se responda a la pregunta PICO que motivó la búsqueda del artículo, y se generen cambios reales en la actuación profesional si son oportunos. También es importante mejorar algunos aspectos organizativos (clarificar roles de coordinación) y logísticos que favorezcan motivación y compromiso de los miembros del grupo.

A nivel externo, creemos fundamental aprovechar el apoyo institucional para cubrir las deficiencias formativas de los integrantes del grupo, y trabajar en la difusión de la experiencia del CLC, tanto en nuestro entorno próximo como en toda la Red de Salud Mental de la Región de Murcia, para facilitar el intercambio de información y el fomento de la importancia de la lectura crítica en la práctica clínica.

6. Ideas Clave

- Como en cualquier organización, es importante hacer periódicamente una reflexión conjunta sobre la actividad realizada por el grupo.
- Se trata de detectar los puntos fuertes y las carencias, para poner en marcha estrategias de mejora.
- Un CLC orientado en la PBP no debe olvidar volver al escenario clínico para dar una respuesta que mejore la práctica profesional.
- Es importante aprovechar las oportunidades del entorno para promover la lectura crítica entre los profesionales sanitarios.

7. Bibliografía

1. Pickton, D. W. and Wright, S. (1998) What's SWOT in strategic analysis? Strategic Change, Vol 7, Issue 2, p. 101–109
2. Ifediora, C.O., Idoko O. R., Nzekwe J. (2014) Organization's stability and productivity: the role of SWOT analysis. International Journal of Innovative and Applied Research: 23-32.

Capítulo 6. Análisis Cualitativo de la Experiencia del Club de Lectura Crítica (CLC) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA)

*Beatriz Ros Romera,
Ana M^a Hurtado López,
Fernando Navarro Mateu*

1. Resumen

Objetivos: Analizar las experiencias del grupo del CLC del HPRA para incluir estrategias de mejora en la organización, utilidad y dinámicas de trabajo.

Metodología: Estudio cualitativo descriptivo utilizando el método fenomenológico, perteneciente al paradigma interpretativo. Las unidades de estudio son todos los miembros, en activo o no, que han participado en algún momento en el club de lectura crítica. El muestro será intencionado. Como técnicas para generar información se utilizará las conversaciones informales, la observación sistemática y participante, notas de campo y entrevista semiestructurada con 5 preguntas abiertas. El tratamiento de los datos se realizará mediante técnicas de análisis de contenido.

Resultados: Han participado en el proyecto 15 personas de las 18 invitadas (Tasa de respuesta: 83,3%). 6 de ellas (40% de los participantes) no pertenecen en la actualidad al CLC. La información obtenida se agrupa en 5 categorías: a) experiencia a nivel global en el grupo; b) visión de los profesionales como enfoque hacia la investigación o utilidad en base a la retroalimentación; c) facetas más importantes de la Lectura Crítica como concepto grupal e individual; d) ayuda y refuerzo para aplicar el sentido común y la inteligencia en el ejercicio de la profesión; y e) reflexiones sobre la realidad objetiva y subjetiva en relación con la metodología cualitativa y la lectura crítica. En general, la experiencia es valorada como enriquecedora para

todos los que han participado y que aporta una visión crítica y reflexiva ayudando en la toma de decisiones clínicas. Entre los motivos destacados para no continuar en las sesiones se destaca la falta de tiempo, dificultades para aplicar los resultados, discrepancias con un paradigma más positivista, sintiéndose más atraídos por un enfoque más humanista, entre otros.

Conclusiones: La participación en un CLC es una experiencia enriquecedora en la que se integran los valores culturales y éticos, habilidades sociales y conceptuales, interacciones humanas e información científica basada en la evidencia para mejorar la práctica clínica en beneficio de los usuarios.

1. Introducción

Un CLC, en el sentido estricto de la palabra, es un grupo de profesionales que se reúnen con regularidad para discutir de manera crítica la metodología y la aplicabilidad clínica de los artículos biomédicos publicados recientemente en la literatura científica internacional (1). La característica principal de estos clubes es que durante la sesión se presta especial atención a los aspectos metodológicos relacionados con la validez interna y externa de los artículos científicos, además de buscar profundizar y reflexionar a través de su lectura crítica sobre las mejores respuestas a cuestiones asistenciales combinando las mejores evidencias (pruebas) científicas disponibles con la experiencia de los profesionales y los valores y preferencias de los usuarios (2). Es un instrumento de análisis que orienta al profesional sobre la fortaleza, debilidad y la utilidad de los estudios, pero también le puede hacer más reflexivo, flexible y resolutivo, por lo que puede contribuir a mejorar la práctica de los cuidados y, por consiguiente, la calidad asistencial (3). En la actualidad existe escasa investigación cualitativa sobre el tema. Sólo se ha localizado un estudio descriptivo cualitativo australiano de 2011, que explora las opiniones y perspectivas de los profesionales comparando el uso del modelo tradicional de *Journal Club* y un modelo más innovador desarrollado por el Centro Internacional para la Evidencia AlliedHealth (iCAHE). Este último es un modelo estructurado en el que se introduce la figura de un experto que ofrece su ayuda en la búsqueda-recuperación de la literatura y en la valoración crítica de la misma frente al modelo tradicional en el que cada profesional utiliza sus propios recursos. Este estudio sugiere que un modelo estructurado de *Journal Club* como el modelo de iCAHE es aceptable, y susceptible de ser utilizado por los profesionales de la salud para mejorar la práctica basada en la evidencia (4).

Desde 2009 existe un espacio de encuentro semanal en el HPRA donde cualquier profesional del Hospital interesado en la investigación y lectura crítica puede participar, así como residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de

Salud Mental. Esta iniciativa surgió de la inquietud de dichos profesionales por desarrollar y promover la investigación y se transformó desde el año 2011 en un “Club de Lectura Crítica de Artículos Científicos”. Durante los años de esta experiencia se han introducido diversos cambios organizativos y logísticos, y se han producido diversas reflexiones en el grupo de participantes sobre la oportunidad de volver a modelos de sesiones clínico-bibliográficas más tradicionales. También se han ido renovando los participantes con nuevas incorporaciones y bajas a lo largo del tiempo. Como parte de este proceso de análisis-evaluación de la experiencia se pretende valorar las opiniones y sugerencias de mejora de todos aquellos profesionales que han participado a lo largo del período analizado.

La investigación cualitativa explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana; se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren, por lo que también se le conoce como investigación naturalista. A menudo se utiliza para describir un fenómeno del que se sabe poco, también para capturar significado, es decir sentimientos, intuiciones, conductas, pensamientos, y para describir un proceso. La investigación cualitativa es inductiva, al contrario que la cuantitativa que es deductiva. Ambos tipos de investigación son importantes y estudian diferentes aspectos del problema; la elección del tipo de investigación dependerá del propósito del estudio y de la pregunta que se desee responder (5).

Para llevar a cabo este proyecto se ha elegido metodología cualitativa porque es la más adecuada para explorar las expectativas, experiencias y valoraciones personales sobre la participación en las sesiones de lectura crítica que se han organizado. Con este estudio se quieren hacer explícitas las voces del grupo multidisciplinar de lectura crítica del HPRA y así averiguar la utilidad y validez que ésta les ha podido aportar a nivel holístico y reflexionar sobre las oportunidades de mejora que se pueden incorporar a las futuras sesiones.

2. Objetivos

Conocer las vivencias del grupo del CLC del Román Alberca desde sus inicios en el 2.011 hasta la actualidad y elaborar estrategias de mejora para la dinámica de trabajo y organización de las sesiones.

3. Metodología

Estudio descriptivo cuyo método es el fenomenológico, perteneciente al paradigma interpretativo. Se ha recurrido a la fenomenología porque tiene como objetivo describir los significados de una experiencia a partir de la visión de quienes la han vivido y busca comprender el mundo como es experimentado personalmente por

cada persona; es descriptivo y reflexivo y siempre empieza con la experiencia concreta de las personas (6). Para la redacción del presente proyecto se ha tenido en cuenta las normas para la presentación de informes de investigación cualitativa SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) (6).

3.1.- Emplazamiento

El escenario es la Sala de Juntas del HPRA de El Palmar - Murcia. Dicho espacio físico es conocido y se encuentra exento de estímulos sensoriales, reuniendo las cualidades necesarias para que los participantes se sientan cómodos y con intimidad suficiente para poder expresar sin restricciones sus experiencias.

3.2.- Estrategia de muestreo

Participantes: las unidades de estudio son todos miembros del grupo de Lectura Crítica, teniendo en cuenta tanto aquellos que actualmente estén en activo en el grupo como aquellos que en algún momento hayan abandonado. Es un grupo heterogéneo formado por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, otras especialidades (medicina familiar y comunitaria y farmacia), y especialistas de salud mental en formación. Este proceso es flexible y circular y por ello el diseño proyectado puede convertirse en emergente, en función de la redundancia y saturación de la información. Se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos (7,8). No hay criterios de exclusión.

El muestreo será intencionado por su representatividad, intentando su suficiencia y pertinencia. Se formarán grupos de 3 personas, de distinta categoría profesional y siendo 1 de ellas no activa actualmente en el CLC. La formación de los grupos se hará a través de citas concertadas desde la Dirección de Enfermería y desde la información "in situ" aprovechando el momento de encuentro de las sesiones de lectura crítica una vez por semana. Se tendrá en cuenta la disponibilidad de los participantes e investigadores. También se les enviará un e-mail como recordatorio el día anterior a las entrevistas.

3.3.- Técnicas para generar información

En función de los objetivos, las técnicas utilizadas son las conversaciones informales, la observación sistemática y participante, notas de campo y las entrevistas semiestructuradas (ANEXO I), con cinco preguntas abiertas. Esta clase de entrevista es menos formal y son los investigadores los que inducen a que emerja la información y los participantes tienen un mayor grado de libertad para expresar sus percepciones en relación a sus experiencias. Serán grupos de discusión

compuestos por 3 personas con heterogeneidad inclusiva para aportar al estudio más riqueza en los discursos y transferibilidad. Se efectuarán cinco sesiones de 1-1,5 horas de duración, una vez por semana y por la mañana. Las entrevistas comenzarían la segunda semana de enero de 2017, y tendrán lugar en la Sala de Juntas del Hospital Psiquiátrico. Durante las entrevistas se tomarán notas en el cuaderno de campo y éste servirá de instrumento para recolectar las observaciones efectuadas minuciosamente y las reflexiones sobre éstas, pero también para validar el conjunto de la información que se obtendrá con el estudio. Dichas entrevistas se grabarán para ser transferidas literalmente.

3.4.- Análisis de contenido

Es una técnica de investigación dirigida a la descripción y comprensión de un fenómeno y por ello nos puede servir como instrumento para conocer mejor las realidades vividas por los participantes y describir con más precisión todas aquellas facetas beneficiosas de la lectura crítica en relación a la profesión y características de cada persona. Para analizar los datos se efectuará un proceso de codificación y de categorización. Se efectuarán dos diagramas para visualizar con más facilidad las relaciones entre las categorías y subcategorías. Estará apoyado por la utilización del programa informático Atlas-ti para facilitar las tareas mecánicas, pero sin interferir en los procesos conceptuales y analíticos previos y posteriores (9).

3.5.- Cuestiones Éticas

Previamente se obtendrá el consentimiento informado de los participantes (ANEXO I). Este proyecto se presentará al Comité de Ética e Investigación de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para su aprobación. Las grabaciones serán custodiadas por la enfermera que realiza la grabación. Se asegurará la confidencialidad y seguridad de datos. Una vez transferidas literalmente las entrevistas, se garantiza que las grabaciones serán borradas.

Conflicto de intereses: Dos de los investigadores han participado de forma activa en la organización e impartición de las sesiones de lectura crítica en el HPRA.

4. Resultados

Los resultados de este estudio, sobre las vivencias del grupo de Lectura Crítica del HPRA como experiencia única en la región de Murcia, se han agrupado en cinco categorías: a) experiencia a nivel global en el grupo, b) visión de los profesionales como enfoque hacia la investigación o utilidad en base a la retroalimentación, c) facetas más importantes de la Lectura Crítica como concepto grupal e individual, d) ayuda y refuerzo para aplicar el sentido común y la inteligencia en el

ejercicio de la profesión, y e) reflexiones sobre la realidad objetiva y subjetiva en relación con la metodología cualitativa y lectura crítica. La relevancia de éstas no sólo viene determinada por la presencia en el corpus de datos, sino también por su pertinencia en dicho estudio. Se emplea el “Verbatim” sin ánimo sensacionalista para reflejar el significado de las frases que emplean los participantes.

a) Como experiencia a nivel global en el grupo de Lectura Crítica.

Los participantes mantienen que es una experiencia enriquecedora como aprendizaje del proceso de investigación con sus diferentes diseños, etapas de la práctica de la Práctica Basada en Pruebas (PBP), metodología, comprensión de variables y estadística, búsquedas bibliográficas, utilización de gestores bibliográficos, bases de datos biomédicos y pirámides de las fuentes de información, escalas de evidencias y lenguaje científico entre otros. “El club de lectura ofrece la oportunidad para investigar y proporciona las herramientas necesarias para realizarlo con la mejor calidad posible” ...

Y una experiencia muy positiva porque, más tarde, además de los conocimientos ya citados, se consolidó el grupo actual donde se tiene la oportunidad de convertir las dudas en una pregunta contestable y evaluar de forma crítica la validez de esa evidencia en base a su aplicabilidad.

Según los participantes, la adquisición de habilidades en lectura crítica ha dado sus frutos en artículos fundamentales para el ejercicio de la profesión, como son los vinculados sobre todo con la farmacología y psicopatología clínica entre otros. Aunque admiten que no siempre se encuentran respuestas a las preguntas para poder integrar esa valoración crítica con la experiencia de los profesionales y las características de los pacientes, acompañado también por la carencia de evidencias dentro del contexto de la salud mental.

La califican de eficaz para efectuar análisis sobre artículos válidos y saber discernir los que son fiables y los que no lo son. Y como complemento básico para la docencia, aporte académico para otros para efectuar sus propias tesis doctorales, proyectos, ponencias, póster y para resolver dudas en lo profesional y en lo personal. “Yo tengo un hijo con una enfermedad y me informo de las incompatibilidades que puede tener con ciertos alimentos y medicamentos” ... “Elaboré mi propia tesis doctoral con gran aceptación” ...

Sin embargo, hay dos sectores bien diferenciados, los que se inclinan por artículos más cercanos a las vivencias y los que optan por buscar la máxima evidencia a través de meta-análisis y revisiones sistemáticas. Según éstos, la lectura crítica es necesaria para que los profesionales aprendan a interactuar de forma beneficiosa y críticamente y siempre puede surgir la posibilidad de adaptar ciertos conocimientos

en nuestro propio contexto; buscan la más alta evidencia. Mientras que el otro grupo opta por intentar abarcarlo todo. “No se ha de ser purista en nada, se ha de saber de todo y aunque somos ambiciosos te topas con la realidad de que apenas hay evidencias” . . .

Ventajosa, porque no siempre se tiene esta posibilidad de participación en el propio ámbito del trabajo, y además contar con el respaldo de profesionales con gran experiencia.

Satisfactoria como estímulo personal y profesional, ya que surgen dudas y se intenta dar respuestas.

Para algún participante, está más enfocado a las psicopatologías y no tanto para el área de los cuidados, por lo que podría ser un factor que predispone a la poca representatividad de los enfermeros especialistas, además de la poca cultura de éstos en el campo de la investigación.

Para otros, supone un crecimiento personal y profesional, ya que las evidencias científicas refuerzan los conocimientos y dan más seguridad a la hora de resolver aquellas cuestiones que puedan surgir en la práctica clínica. “Sirve para estructurar la dinámica de cómo captar la información, diferenciarla y catalogarla y es una actualización constante para todo profesional que quiera avanzar y crecer a todos los niveles” ...

b) *Visión de los profesionales como enfoque hacia la investigación o utilidad en base a la retroalimentación.*

Los enfoques van en función de las expectativas de cada profesional en relación a su rol. En algunos profesionales predomina la idea de poder aplicar el conocimiento a la práctica, pero generalmente se queda en el área de la investigación por diferentes motivos: falta de tiempo, nivel de exigencia, perfil de los pacientes y en ocasiones temas poco cercanos a dicha práctica.

Para otros, se trata de la adquisición conjunta de conocimientos, pero la idea inicial fue la de aprender las bases de la investigación para poder aplicar estos conocimientos; se han diseñado proyectos muy ambiciosos, pero hace falta disponer de mucho tiempo. La falta de tiempo es una constante en el estudio.

Se observa cómo se intenta dar un enfoque más práctico a través de las preguntas clínicas de los profesionales, pero en opinión de la mayoría de participantes se dedica más tiempo a la exposición y análisis crítico del artículo, quedando menos tiempo disponible para aclarar dudas, debatir su rigor, aplicabilidad y obtener respuestas pertinentes, y esto les desmotiva bastante. Lo mismo sucede cuando no hay respuestas en relación a la pregunta. “Cuando se presenta un artículo y la respuesta no contesta a la pregunta, se debería tener un espacio de reflexión o

de debate para compartir con los demás compañeros la incidencia, pero no hay tiempo” ... “Sería ideal leer y prepararse el artículo previamente, porque se emplea mucho tiempo en la presentación y lectura crítica” ...

“Da acceso a detectar que la lectura científica a veces está más basada en pacientes con patologías más simples y sin gran comorbilidad, dualidad ni refractariedad y por ello las respuestas a las preguntas no siempre se pueden aplicar a la práctica” ...

“Quedan claros los métodos a seguir, pero al final se tiene la sensación de hambre, de que falta algo y de que tal vez no hay respuestas a la pregunta de investigación o que se ha fallado en la propia búsqueda” ...

Se muestran satisfechos de tener una formación continuada en el propio centro de trabajo, pero esto conlleva a descubrir que en salud mental hay mucho de consenso y poco de descubrimiento.

“Es un esfuerzo para intentar salvar ese desfase entre la investigación y la práctica clínica” ... Para otros la lectura crítica les hace reflexionar y ser conscientes de que no siempre podemos encontrar respuestas para todo y que hay temas clínicos que no están sustentados por las pruebas.

c) Facetas más importantes de la Lectura Crítica como concepto grupal e individual.

En este apartado todos tienen claro el significado de un CLC y el concepto de grupo. Lo ven como una base o plataforma de la práctica profesional para afianzar conocimientos, generar debates constructivos, mantenerse informados y ser más cautos con la propia investigación. “Ahora somos más críticos, selectivos y escépticos, porque no siempre las revistas de impacto y determinados sectores de prestigio son fiables” ...

La encuentran positiva porque además de un aprendizaje es algo dinámico, que les arropa por pertenecer al grupo y a su vez se adquiere un compromiso que les lleva a esforzarse y mantenerse informados de la actualidad sin llegar a detenerse. “Al final se deduce que cuanto más se aprende más sensación se tiene de no saber nada y por ello se tiende a buscar más y no se da paso al estancamiento” ...

Les motiva seguir buscando respuestas y detectar la veracidad de los artículos, lo que les supone un aprendizaje constante que también les sirve para activar el diálogo con otros compañeros y les genera seguridad. “Se fomenta el espíritu crítico y se adquiere seguridad para la toma de decisiones ya que se comparten experiencias con otros compañeros y se avanza en la continuidad del grupo” ...

Para algunos es un reto profesional por adquirir la capacidad de discernir si realmente la información es fiable y aplicable en el contexto profesional y como freno para no dejarse llevar por impresiones o por experiencias clínicas con poca base científica.

De entre la gran diversidad de respuestas, hubo una que realmente fue bastante significativa. Un participante refirió que le servía para poder acercarse a los demás y demostrar su capacidad de ahondar en ciertos conocimientos científicos y mejorar así el concepto de éstos. Lo cual le suponía combatir el estigma de la psiquiatría en ciertos sectores.” A veces suelen vernos más como filósofos o curanderos que pertenecientes al ámbito de la sanidad” ...

Les da habilidad para diseñar proyectos de investigación y a su vez la posibilidad de comentarlos con los demás sin miedo escénico y esto estimula el sano espíritu competitivo y trabajo en equipo. “Saber hacia qué base de datos se deben dirigir las búsquedas y diseñar proyectos de investigación para demostrar nuestra capacidad al resto del grupo, además de tener un buen apoyo científico y estructurado” ...

Creo un espacio que sirve como fortaleza para generar conocimiento a nivel grupal, aunque esté limitado en el tiempo. “Sirve para estructurar la dinámica de cómo captar la información, diferenciarla y catalogarla y es una actualización constante para todo profesional que quiera avanzar y crecer a todos los niveles” ... “Para aprender un lenguaje científico y no perder el tiempo con temas tan arduos a nivel individual” ...

d) Como ayuda y refuerzo para aplicar el sentido común y la inteligencia en el ejercicio de la profesión.

En este apartado se aprecia los cambios que se van originando en la profesión. Según los participantes la psiquiatría actual es sumamente compleja ya que la enfermedad dual representa el 70% de los casos y además están las patologías limítrofes, la diversidad cultural con sus propios paradigmas, barrera idiomática y otras comorbilidades.

Un participante afirmó que el sentido común es un término que se emplea mucho en salud mental y además se transmite a otras generaciones, pero éste se desvirtúa con el paso de los años y que la inteligencia es saber profundizar en las cosas, no ser conformista y no fiarse de nada al cien por cien porque todo va cambiando y avanzando. “Y lo que tradicionalmente era creíble ahora ya no lo es” ...

“Aporta peso a las ideas preconcebidas y respalda las decisiones ya que aumenta la capacidad de reflexión y crítica, pero nunca nos enseñará el abordaje a nivel holístico de los pacientes” ...

“La lectura crítica enseña a utilizar el sentido común a la práctica clínica porque se barajan muchos datos y hay que saber discernir los que son más efectivos. Ejemplo: el impacto de los diferentes fármacos en la esquizofrenia” ...

“La realidad es cambiante y subjetiva y más en salud mental y se ha de utilizar el sentido común para poder interactuar con el paciente, comprender sus necesidades y darle la oportunidad de mejorar” ... No obstante refiere que le sirvió de ayuda a la hora de ser más crítico con la propia investigación y como empuje necesario para el aprendizaje metodológico.

“Ahora hay más conocimientos a nuestro alcance, pero se ha de seguir empleando el sentido común para saber utilizarlos” ... “Antes lo que te decían los adjuntos se creía a pie juntillas y también la difusión científica, pero ahora sabemos que esto no es así” ... “Los meta-análisis tampoco son la panacea, pero es lo que hay en la actualidad” ...

e) Reflexiones sobre la realidad objetiva y subjetiva en relación con la metodología cualitativa y lectura crítica.

En este apartado sólo se obtuvo una respuesta meramente positivista, afirmando que sólo existe una realidad ya que los demás profesionales estuvieron de acuerdo con esa realidad múltiple y subjetiva fruto de las circunstancias y experiencias vividas de cada ser humano. Los informantes estaban de acuerdo en que la salud mental es una práctica que se ejerce bajo la influencia de valores culturales y éticos, habilidades sociales y conceptuales, interacciones humanas e información científica basada en la evidencia. “Es un contexto múltiple y variable en el que intervienen aspectos objetivos y subjetivos” ...

“Tal vez sirve de guía para no interpretar de acuerdo a esas circunstancias de cada uno, aunque al final todo pasa por el filtro de la mente y no se puede separar a las personas de lo que conocen” ...

“Al efectuar una lectura crítica, también aparece esa subjetividad en función de lo que ya se conoce como fruto de la propia experiencia y de lo que ya se ha construido en la mente” ...

“A veces es curioso, se sale de una reunión y cada uno concluye con la idea que ya llevaba prefijada” ...

“Lectura crítica como ayuda para efectuar la reflexión subjetiva y no alejarse tanto de lo objetivo, aunque a veces hay unos intereses creados que inducen a que la realidad sea única y objetiva” ... “Te venden algo y te dicen que va fenomenal y no hay evidencia científica” ...

“La metodología cuantitativa es objetiva, pero la experiencia es subjetiva y cabe preguntarse si las interpretaciones de las respuestas a nuestras dudas no son las mismas para todos los profesionales” ...

“Si para dar respuesta a los problemas influye la experiencia, la inteligencia, el sentido común, el contexto y la subjetividad, también cabría preguntarse si nos acercamos más a lo subjetivo que a lo objetivo” ... “O si se pasa de un texto fiel a varias interpretaciones por esa subjetividad” ...

“La metodología cualitativa no es antagonica al positivismo sino complementaria y las dos son necesarias para aportar mejoras a la medicina basada en la evidencia” ...

“Porque en cirugía una apendicitis presenta unos determinados síntomas y hay que extirparla, pero en psiquiatría están las conductas, percepciones, motivaciones, valores, creencias y un buen clínico tiene que saber manejar estas variables en beneficio de la calidad asistencial” ...

4.1.- Confesiones de los que ya no son integrantes del CLC.

De los quince participantes de este estudio, seis de ellos no pertenecen en la actualidad al Club de Lectura. Se intentó que en cada entrevista de tres profesionales hubiera uno de ellos, para así fomentar la diversidad de opiniones y generar más riqueza verbal a la información, y también con la intencionalidad de que, al ser un grupo más heterogéneo, no se dejasen llevar por los comentarios del que iniciara el dialogo. Cada informante expresó de manera abierta y sin ser preguntado expresamente, los motivos que le llevaron a dejar el actual grupo y de manera unánime afirmaron que había sido una experiencia muy enriquecedora para sentar las bases en torno a la investigación.

“Lo dejé porque era costoso por el tiempo y algo decepcionante por el nivel de exigencia y también por sus propias características ya que veo más cercana la metodología cualitativa para poder profundizar en las vivencias” ...

“Para aplicar el sentido común se han de saber las circunstancias y características de las personas y la metodología cuantitativa tiende a homogeneizar” ...” En base a ello, se tendrían que hacer lectura crítica de estudios cualitativos y ver al paciente de forma holística” ... “Se ha de estar abiertos a otros enfoques porque interesa saber cómo los pacientes viven sus problemas y considerar sus propios matices para aumentar la calidad asistencial” ... No obstante refiere que le sirvió de mucha ayuda a la hora de ser más crítico con la propia investigación y como empuje necesario para aprender metodología.

Un participante se desmotivó por tanta estadística y meta-análisis ya que se sentía atraído por otros enfoques más humanistas. Enumeró el método fenomenológico por parecerle algo más cercano a su contexto. Hace mención a la fusión de ambas metodologías y a las neurociencias para poder abordar los fenómenos desde varias perspectivas. “Se tendría que investigar más en las neurociencias, porque estamos en pañales” ... “La metodología cuantitativa es muy válida, pero es como el coeficiente intelectual que cuantifica la capacidad intelectual, pero no puede descifrar las facetas de la inteligencia” ...

Otro participante alegó que le parecía estar desatendiendo otras obligaciones del hospital, pero le valió para adquirir los conocimientos metodológicos, el hábito de estudiar, efectuar búsquedas bibliográficas pertinentes, analizar los artículos válidos y aplicables y desechar los que no presentan un cierto grado de credibilidad. “Al principio muy positivo, pero al final tuve la sensación de que los temas que se trataban no tenían relación con nuestra práctica y que cobraba más interés el proceso que su aplicabilidad” ...

“Lo abandoné por la falta de tiempo, pero me aportó los conocimientos necesarios en relación con la investigación para fortalecer así mi práctica diaria ya que de estos temas no sabía casi nada” ...

“Me sobrepasaba y me producía agobio el pensar que tenía que estar en la planta y los artículos eran farragosos por los instrumentos numéricos y el inglés” ...

“La Lectura crítica es muy válida para aportar una mejora en el modelo tradicional, sobre todo en la toma de decisiones” ...

Algunos argumentan que hay claridad en el proceso de investigación y en la validez de los artículos, pero en cuanto a la aplicabilidad de las evidencias no es así, porque la gran mayoría de éstas no son adaptables en su contexto y al final tienen que beber de la propia experiencia y en la de los otros compañeros.

“Me desanimé por la falta de tiempo para el debate final de los artículos, por la forma de ver los enfoques ya que todos pertenecen al paradigma positivista, por la diferente formación de los profesionales y la propia forma de afrontar la patología psiquiátrica” ... “La realidad es múltiple y subjetiva y más en la salud mental” ... Se comparte plenamente esa premisa. “Con el sentido común se puede interactuar con el paciente, comprender sus necesidades y darle la oportunidad de mejorar” ...

4.2.- Fortalezas

La propia naturaleza interactiva de la metodología cualitativa es una fortaleza ya que los investigadores son un instrumento de la investigación. Los memos analíticos

darán constancia de lo que se hace y de cómo se hace. Son las sensaciones del investigador al ir analizando la información desde que entra en el campo hasta la finalización del estudio, porque la recogida de los datos y el análisis se efectúa de forma simultánea. La reflexividad de los investigadores en todo el proceso es necesaria para valorar su propia subjetividad con sus acciones, valores, experiencias y percepciones y ser conscientes de que éstas pueden afectar a la investigación.

La validez interna y externa en esta clase de estudios tiene relación con el rigor en el proceso de la investigación y en la profundidad de su análisis. El uso del “verbatim” sin ánimo sensacionalista en los resultados (citas textuales de los participantes), también fortalecerán la credibilidad y transferibilidad. La cartografía y observación participante efectuada por una de las investigadoras antes de la entrada al campo, servirá de base para que los participantes no modifiquen sus discursos al sentirse observados o preguntados. Lo que se podría enfocar como otra fortaleza del estudio. Y no hay que olvidar, que las personas se adaptan a la realidad en función de los significados que los hechos y los contextos tienen para ellos. En definitiva, de cómo perciben e interpretan la realidad y por ello en metodología cualitativa ésta es múltiple y subjetiva.

4.3.- Limitaciones:

Una de las limitaciones importantes de la metodología cualitativa en general es la generalización de los resultados a toda la población (en este caso a todos los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud), aunque sí permite evaluar y conocer en profundidad la experiencia analizada. Otra de las limitaciones sería la no triangulación de los datos.

5. Conclusiones

El objetivo de ese estudio era conocer las experiencias del grupo de Lectura Crítica para ahondar hacia una reflexión profunda desde su inicio hasta la actualidad, así como conocer los motivos que determinaron en mayor o menor grado el que algunos de los miembros del club dejaron de acudir al mismo. En el estudio se detecta un antes y un después; al principio se inició más en el aprendizaje de las herramientas necesarias para el abordaje de la investigación, y posteriormente se viró hacia un la lectura crítica de artículos siguiendo un formato de comprobación predeterminado.

En el estudio se deduce que la lectura crítica es necesaria para que los profesionales aprendan a interactuar de forma provechosa y críticamente, porque la meta última para el desarrollo de la investigación, además de comunicar sus resultados, es utilizar ésta como base de la práctica profesional. La PBP depende de los hallazgos de estudios científicos, cada estudio debería ser evaluado críticamente

para verificar su validez, importancia, novedad y aplicabilidad.

En los resultados quedan reflejadas la gran diversidad de cualidades que dicha lectura puede aportar al profesional, como el ser más crítico, reflexivo y resolutivo, tener más seguridad en la toma de decisiones por saber discernir lo que tiene un respaldo científico, mantenerse informados de la actualidad e interactuar con otros compañeros para estimular el sano espíritu cooperativo.

Las reflexiones sobre lo objetivo y subjetivo exponen toda una serie de argumentos que sirven, entre otras cosas, para reflejar la gran complejidad que encierran estas profesiones, puesto que la realidad es múltiple, compleja y con connotaciones subjetivas, y se ejerce bajo la influencia de valores, interacciones, percepciones, conductas y habilidades en los que entran a formar parte la experiencia, sentido común, inteligencia y el conocimiento científico. Y por otro lado se detecta los cambios considerables de los últimos tiempos como la dualidad, comorbilidad, refractariedad, diversidad cultural y barreras idiomáticas. Algunos participantes tienen la sensación de que el proceso adquiere más importancia que su aplicabilidad y que realmente existe cierto desfase entre la investigación y la práctica asistencial.

También surge de forma reiterada la falta de tiempo para el debate final, ya que hay que presentar el artículo y efectuar paso a paso la lectura crítica del mismo y sólo se dispone de una hora. Se propone leer y preparar dicho artículo previamente para un aprovechamiento óptimo del tiempo y tener la oportunidad de debatir los resultados.

Se detectan dos tendencias diferentes, los que buscan el máximo nivel de evidencia y los que optan por otros artículos que según ellos le acerca más a su práctica habitual. Éstos últimos se inclinan más por otros enfoques más humanistas, aunque son conscientes de sus precarios conocimientos.

Según los más puristas, si la información es de calidad, aunque no se pueda aplicar en su totalidad a la práctica, puede servir para mejorar la comprensión de fenómenos y desarrollar capacidades para discutir con argumentos científicos y espíritu crítico problemas de relevancia profesional y social. Y como expresaba uno de los informantes, poder acercarse más a otros profesionales y contribuir a combatir el "estigma" de la propia psiquiatría.

Se aprecia que los profesionales que en la actualidad no pertenecen al CLC, coinciden en considerar como una experiencia enriquecedora. Los que abandonaron el grupo fue por distintos motivos, alguno de ellos relacionados con la falta de tiempo para compaginar con su labor asistencial, y valoran positivamente su formación durante el tiempo que estuvieron en el CLC en todo lo relacionado con el

proceso de la investigación. Por lo que se finaliza el trabajo con la esperanza de que esta iniciativa única en la región de Murcia, siga adelante en beneficio de la calidad asistencial y tenga transferibilidad en otras Instituciones sirviendo de precedente.

6. Ideas Clave

Del análisis cualitativo de la experiencia del CLC, se desprende que:

- Es una experiencia enriquecedora, tanto para los participantes actuales como para los que abandonaron en algún momento.
- Aporta visión crítica, reflexiva y resolutive, ayudando en la toma de decisiones.
- La dinámica que se plantea en las sesiones está más centrada en la metodología, por lo que la mayoría de los participantes sugieren la selección de artículos aplicables a la práctica clínica.
- Su encuadre en horario laboral la hace más accesible, aunque el tiempo asignado se podría optimizar con la lectura previa de los artículos.

7. Bibliografía

1. Andrade-Castellanos CA, Colunga-Lozano LE, Delgado-Figueroa N, González-Padilla DA. CONAMED Journal Club: Qué es y para qué sirve? CONAMED Journal Club: what is it and what is it for? *Rev CONAMED*. 2014;19(4):187–191.
2. García VR, Cabello JB. Clubes de lectura en el siglo XXI. *Med Clínica*. 2010;135(12):556–560.
3. Abad Corpa, E, Calderón Gómez, C, Castillo Bueno, MD, Pujalte Martínez, ML, Ruzafa Martínez, M. Lectura crítica de una investigación cualitativa en salud. In: *Atención Basada en la Evidencia (su aplicación en la práctica clínica)*. 1st ed. Murcia: Consejería de Sanidad; 2007. p. 353–77.
4. Lizarondo LM, Grimmer-Somers K, Kumar S. Exploring the perspectives of allied health practitioners toward the use of journal clubs as a medium for promoting evidence-based practice: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):66.
5. González Morales, A. Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *ISLAS*. 2003; 45(138):125–35.
6. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for

- Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med.* 2014 Sep;89(9):1245–51.
7. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):613–619.
 8. Castro SS, Castro ABS. Lectura crítica de estudios cualitativos (I): valoración del rigor. *NURE Investig* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 29]; 10(65). Available from: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/652>
 9. De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25(1):42–46.

ANEXO I**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACION “ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA DEL CLUB DE LECTURA CRÍTICA DEL HOSPITAL PSQUIATRICO ROMAN ALBERCA”**

El grupo de profesionales que actualmente formamos parte del Club de Lectura Crítica estamos interesados en reflexionar sobre las experiencias y vivencias que, desde el inicio en 2011 hasta la actualidad, han tenido los profesionales que han participado en algún momento de estos 5 años de su andadura.

Como parte de esta reflexión queremos llevar a cabo una investigación cualitativa “Análisis cualitativo de la experiencia del Club de Lectura Crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca”, que va ser llevada a cabo por las enfermeras Beatriz Ros (Enfermera Especialista en Salud Mental y Máster en Investigación Cualitativa), Ana María Hurtado (Enfermera Especialista en Salud Mental) y Fernando Navarro (Psiquiatra UDM-SM).

Nos gustaría contar con tu colaboración como miembro del Club de Lectura Crítica en algún momento de su historia.

Para este tipo de investigación precisamos realizar una entrevista semiestructurada que constará de 5 preguntas abiertas. Durará aproximadamente 1 hora y queremos hacerla triangulada (3 profesionales por grupo). Para poder tratar adecuadamente los datos precisamos que las entrevistas sean grabadas. Las grabaciones serán custodiadas por la enfermera que lleve a cabo las entrevistas, y una vez codificados y analizados los datos serán borrados, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad.

Es por ello que pedimos tu consentimiento para:

La realización de la entrevista

La grabación de la misma

La utilización de los datos codificados con fines de investigación.

Yo.....

DECLARO que he sido informado adecuadamente del propósito de la investigación cualitativa, “Análisis cualitativo de la experiencia del club de lectura crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca”, y CONSIENTO la realización de una entrevista en las condiciones que se especifican, la grabación de la misma y la utilización de los datos una vez codificados y analizados.

Fdo.:

En el Palmar, a..... de..... de 2017

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Mediante el presente documento declaro la revocación del consentimiento informado para la investigación cualitativa “Análisis cualitativo de la experiencia del club de lectura crítica del Hospital Psiquiátrico Román Alberca”, firmado el día: en el que consentí la realización de una entrevista en las condiciones que se especificaron en su día, la grabación de la misma y la utilización de los datos una vez codificados y analizados:

Fdo.:

En el Palmar, a..... de.....de 2017

Capítulo 7: CATs (Critically Appraised Topics). ¿En qué consisten y cómo se elaboran?

*Francisco Javier Álvarez Muñoz,
Marina Martínez de Guzmán,
Joaquín Almela Bernal,
Fernando Navarro-Mateu*

1. Introducción

En nuestra práctica diaria nos surge la necesidad de encontrar respuestas rápidas y de calidad ante una duda o pregunta clínica concreta, en relación con la etiología, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de una enfermedad. Contestar adecuadamente a estas preguntas no es sencillo, ya que nos encontramos ante una ingente cantidad de información, proveniente de artículos científicos y de investigación. Los profesionales nos planteamos cómo poder evaluarlos, en cuanto a calidad metodológica, para incorporarlos a nuestra actividad clínica habitual. Una herramienta muy útil para ayudarnos son los CATs, resúmenes estructurados de artículos de investigación tras su lectura crítica en la que se reflejan los aspectos metodológicos más importantes (validez interna), así como su utilidad en la práctica real (validez externa) seleccionados para contestar a una pregunta específica.

Se ha propuesto una diferenciación entre CAT (Critically Appraised Topic) y CAP (Critically Appraised Paper) para referirse a los resúmenes que incluyen más de un artículo o sólo centrado en uno de ellos, respectivamente. En nuestra opinión y experiencia, la inclusión de varios artículos en un mismo informe no permite profundizar en los aspectos metodológicos de cada uno de los mismos y el término más difundido a nivel internacional de CAT se refiere al análisis en profundidad de un solo artículo, tal y como se realiza en la mayoría de las experiencias internacionales (por ejemplo, los CATs de alta calidad publicados en las revistas secundarias, tipo Evidence Based Mental Health o Evidence Based Medicine o en el formato propuesto por el programa específicamente, Cat-Maker, desarrollado por el NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford para la realización de CATs.

Mediante la elaboración de un CAT realizamos una lectura cuidadosa, crítica y eficaz de un artículo de la literatura médica/científica disponible y obtenemos un informe, de una longitud no superior a un folio, en la que resumimos todo el proceso llevado a cabo: pregunta clínica, estrategia de búsqueda, lectura crítica y comentarios sobre el artículo.

2. Cómo elaborar un CAT

A la hora de elaborar un CAT nos pueden surgir una serie de dudas, que trataremos de responder mediante el formato 5W+H. Este formato es una metodología de análisis para explicar aquello que se quiere transmitir de manera clara y sencilla. Consiste en responder a las siguientes seis preguntas (en inglés): **qué (WHAT), por qué (WHY), cuándo (WHEN), dónde (WHERE), quién (WHO) y cómo (HOW).**

Por otra parte, también revisaremos las limitaciones que puede presentar un CAT.

2.1. What? (¿Qué?)

Un CAT consiste en un informe de longitud no superior a un folio, en el que se recoge, de forma resumida y estructurada la información aportada por un artículo científico, que ha sido escogido para responder a nuestra duda o pregunta clínica, siguiendo el proceso de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y que ha sido analizado de forma crítica en su rigor científico. Nos permitirá, por tanto, de un vistazo, orientarnos respecto a nuestra duda clínica, con un adecuado nivel de evidencia (1,2).

2.2. Why or for what? (¿Por qué o para qué?)

El CAT cumple una serie de funciones:

- Respuesta rápida y de calidad para una pregunta clínica concreta (1).
- Utilidad docente, al ser un modo de: aprender a formular preguntas clínicas (formato PICO), buscar la mejor evidencia, evaluarla de forma crítica, organizarla y resumirla. Por tanto, integraría la medicina basada en la evidencia con la práctica clínica (3).
- Permite compartir la información con otros compañeros de nuestro entorno o a través de internet (2).
- Si se reúnen las condiciones adecuadas, puede convertirse en un marco para el acercamiento, reflexión, debate, consenso y actualización sobre temas de especial interés, favoreciendo la interacción y coordinación del trabajo en equipo, a nivel multiprofesional.

2.3. Who? (¿Quién?)

Los CATs pueden realizarse de forma individual o en pequeños grupos de trabajo. Además de la experiencia de aprendizaje individual o compartido que se produce durante su realización, el mayor beneficio, en nuestra experiencia, es durante el proceso de presentación pública en sesiones compartidas de lectura crítica en las que se debate y discute sobre aspectos metodológicos, pero también sobre la aplicabilidad de los resultados o sobre otros temas relacionados. En general, los CATs realizados o evaluados por un equipo clínico, aportan un mayor valor docente, al ser puestos en común y revisados de forma crítica (2,3).

2.4. Where? (¿Dónde?)

La elaboración, análisis, evaluación y revisión de CATs se pueden llevar a cabo en cualquier contexto clínico general, con el fin de dar una respuesta de calidad, en nuestra práctica clínica diaria, con un adecuado nivel de evidencia. Pero al mismo tiempo, son unas herramientas, que se pueden presentar en reuniones de trabajo en equipo, con una finalidad eminentemente docente.

Para facilitar la elaboración de los CATs existe el programa CAT-Maker, ya mencionado. Se puede acceder a una versión del mismo en castellano a través de Murcia Salud: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=3759&idsec=2>. Aunque este tipo de programas informáticos se diseñaron para facilitar la realización de los CATs, su aprendizaje presenta algunas dificultades que nos motivaron a elaborar nuestras propias plantillas para presentar el CATs.

2.5. When? (¿Cuándo?)

Los CAT se pueden presentar, eminentemente, en un contexto de aprendizaje, como estrategia docente, para resumir y compartir información en un grupo de trabajo. Por otro lado, nos ayudan a dar respuesta u orientarnos respecto a nuestra duda concreta, en ese determinado momento; Además, por su diseño sencillo y resumido, se pueden almacenar fácilmente para volver a ser consultados posteriormente, por nosotros o nuestros compañeros, en cualquier momento. El formato documental del CAT no sólo permite compartir el trabajo realizado entre los asistentes, sino almacenarlos en los denominados “bancos de CATs”. Estos bancos en los que se facilita compartir el trabajo realizado pueden organizarse en formato físico o, mejor aún y más sencillo con los medios técnicos actuales, a través de un sistema de almacenaje en nube o en portales de internet específicos. De esta forma pueden ser consultados por los participantes o por otros compañeros.

Sin embargo, la ciencia avanza de forma inexorable y a una velocidad que roza lo exponencial, reflejado en el número de publicaciones científicas por año; con lo que, el factor tiempo juega en contra de estos elementos y favorece su

rápida caducidad. Los CATs tienen una fecha variable sugerida de caducidad como señal de alerta para futuros lectores. Esta fecha, propuesta por los autores del CAT, es aproximada y depende del tema tratado. Existen temas de investigación en los que se produce una gran cantidad de información en relativamente poco tiempo, mientras que en otros, la velocidad de renovación del conocimiento es mucho menor.

2.6. How? (¿Cómo?)

En nuestra práctica clínica diaria nos encontramos con múltiples lagunas de conocimiento a la hora de dar respuesta, con la mayor base científica disponible, a cuestiones en relación a la salud de nuestros pacientes: prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc. El movimiento ASBE propone una secuencia de procesos para ayudar a los profesionales a tomar la mejor decisión posible ante una situación problemática. Los CATs reflejan toda esta serie de procesos propuestos con los siguientes pasos:

- 1) Planteamos nuestra pregunta a partir de un escenario clínico;
- 2) Realizamos una búsqueda bibliográfica;
- 3) Seleccionamos un artículo, de entre aquellos estudios con un mayor nivel de evidencia para responder a la pregunta planteada;
- 4) Realizamos su lectura crítica;
- 5) Reflejamos todo el proceso en un breve informe CAT, que puede ser útil para consultas posteriores o para otros compañeros, con la misma duda;
- 6) Aplicamos la evidencia encontrada a nuestro escenario concreto, es decir, valoramos la aplicabilidad de la evidencia encontrada, que nos puede ayudar a encontrar una respuesta (1–3).

Limitaciones

Los CATs **no son una revisión sistemática** de toda la bibliografía publicada en relación con un tema concreto, se centran sólo en la lectura crítica de un artículo. Por tanto, todo gira en torno a ese artículo seleccionado y analizado. Aunque se seleccione **el artículo de mayor nivel de evidencia** científica sobre ese tema, esto no nos garantiza que exista otro estudio de nivel superior o equivalente, pero con diferentes resultados, que no hayamos localizado.

El CAT está **sujeto a la lectura, análisis e interpretación de los datos** de la persona que lo realiza, con las limitaciones propias de sus propios sesgos e intereses individuales, así como en base a su conocimiento y experiencia en temas

de metodología de investigación, con lo que no estará exento de errores en su interpretación. De aquí la importancia de que se exponga y debata en sesiones con otros compañeros.

Por último, el conocimiento científico avanza de forma inexorable, con lo que la evidencia encontrada hoy, puede ser objeto de crítica mañana, de ahí la **limitada vida media** de estos documentos y la necesidad de actualizarlos con cierta periodicidad.

3. CAT: Apartados comunes

Para la elaboración de los CATs, en el Grupo de Journal Club del H. P. Román Alberca empleamos unas plantillas, elaboradas por la Unidad docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia, a partir de elementos clave del CAT-maker (4), junto con otros elementos de lectura crítica, en función del tipo de estudio seleccionado (5,6).

Estas plantillas constan de unos apartados comunes, que describiremos a continuación, y otros puntos específicos para cada tipo de estudio, que se explicarán en el apartado 4 de este capítulo.

3.1. Título del CAT

El Título de nuestro CAT no es el del artículo que hemos localizado para su lectura crítica. Es un resumen de los principales resultados aportados por el artículo en una o dos líneas de forma clara y sencilla.

3.2. Conclusiones clínicas:

Son aquellas conclusiones clínicas más relevantes que presenta el artículo que estamos sometiendo a análisis en relación con nuestra pregunta clínica a la que queremos dar respuesta. Vendría a desarrollar con más detalle lo que exponemos en el título del CAT a partir de los resultados y conclusiones del estudio analizado.

3.3. Cita bibliográfica:

La referencia bibliográfica del artículo seleccionado, de forma que se facilita al lector del CAT la posibilidad de localizar el artículo original. Asimismo, incluimos los datos de identificación del autor principal del estudio (nombre y fax, e-mail u otra forma de localización).

3.4. Pregunta clínica (PICO):

Es aquella situación o escenario clínico a la que tratamos de dar respuesta

mediante la formulación de una pregunta con un formato reglado, que nos va a ayudar a la hora de seleccionar los conceptos claves que podemos emplear y que nos facilitarán la búsqueda de un artículo en las diferentes bases bibliográficas. El formato de la pregunta PICO es el siguiente (Navarro Mate y Martín García Sancho, 2007):

- **P:** Paciente/Problema: Describimos el paciente o problema que nos ha generado la duda y a la que queremos dar respuesta.
- **I:** Intervención: Aquella intervención de interés, objeto de estudio.
- **C:** Comparación: Sería aquella otra intervención alternativa o usual, respecto a la cual estamos comparando la intervención objeto de estudio.
- **O:** Outcome: Resultado que puedo esperar mediante la aplicación de la intervención objeto de estudio.

3.5. Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Se refiere a la estrategia de búsqueda que hemos empleado para encontrar el artículo que vamos a resumir en el CAT: base de datos utilizada, palabras clave empleadas, formato de búsqueda, tipo de artículos, filtros utilizados, etc. En resumen, sería toda aquella información que permitiera al lector del CAT volver a encontrar el artículo que se está sometiendo a análisis, en dicha base de datos.

3.6. EL ESTUDIO: Características del estudio, de los pacientes, exposiciones, resultados...

En este apartado se incluye aquellos aspectos metodológicos imprescindibles para realizar una valoración crítica del artículo y de su validez interna. En las plantillas que se utilizan en nuestro Club de Lectura Crítica se han incluido una serie de preguntas sobre aspectos metodológicos específicos para cada uno de los diseños de investigación. Estas preguntas metodológicas, al ser más específicas de cada tipo de estudio, se comentarán en el apartado siguiente, junto con sus niveles de evidencia, grados de recomendación y aspectos a considerar para valorar su calidad.

3.7. Las Pruebas:

Aquí se reflejan los resultados, en forma de texto y/o tablas que aporta el estudio objeto del análisis.

3.8. Comentarios:

Una vez hemos leído, analizado y valorado el artículo, realizamos una crítica u observaciones del mismo en diversos aspectos tales como nivel de calidad, aspectos metodológicos, resultados, conclusiones, limitaciones y aquello que nos aporta para responder a nuestra duda inicial y pregunta PICO.

3.9. Realizado por ... y e-mail de contacto:

Indicamos el nombre del autor del CAT, así como su e-mail de contacto, por si algún futuro lector del CAT quisiera contactar o hacer alguna sugerencia a dicho autor.

3.10. Fechas de realización y de actualización

La fecha en la que se ha realizado el CAT, y la fecha en que se recomienda que se actualice la búsqueda y recomendaciones aportadas; dicha fecha de actualización varía dependiendo del tema concreto que aborde el CAT con los nuevos aportes de la comunidad científica sobre ese tema concreto.

Por último, se incluye una indicación importante resaltando que la elaboración de dichos Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios.

4. CAT: Apartados específicos según tipo de estudio

Los distintos tipos de estudio siguen un nivel jerárquico según niveles de evidencia (Tabla 1) y grados de recomendación (Tabla 2) (7).

Tabla 1. Niveles de evidencia (Harbour & Miller, 2001)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.

1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de, que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
4	Opiniones de expertos.

Tabla 2. Grados de recomendación. (Harbour & Miller, 2001)

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	<p>Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o</p> <p>Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.</p>
B	<p>Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</p> <p>Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.</p>
C	<p>Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</p> <p>Extrapolación de estudios calificados como 2++.</p>
D	<p>Niveles de evidencia 3 o 4, o</p> <p>Extrapolación de estudios calificados como 2+.</p>

A continuación, describimos los apartados específicos que presenta cada plantilla según el tipo de estudio, y nos permiten valorar la calidad de los mismos.

4.1. Meta-análisis

Definición: Un meta-análisis es un artículo que recoge y analiza todos los estudios relevantes sobre un determinado tema, cuyos resultados son integrados en una sola estimación mediante procedimientos estadísticos.

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Los meta-análisis presentan un nivel de evidencia que varía de 1++ a 1-, en función de su nivel de calidad y un grado de recomendación A.

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Valoraremos los aspectos a tener en cuenta respecto a la calidad de un meta-análisis, respondiendo a las siguientes preguntas con: **Si / No / No sé**

A) *¿Se aborda un tema focalizado?* Valorar si aborda un tema focalizado, claro y bien definido, pues su objetivo es reunir y resumir toda la evidencia hallada en relación a una determinada situación clínica concreta.

B) *¿Son apropiados los criterios de inclusión?* Si los criterios de inclusión empleados para incorporar los artículos en el meta-análisis fueron adecuados, bien definidos y con una adecuada preselección de tipo de estudio a incluir en función del objeto de estudio.

C) *¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes?* Si fue poco probable que no se detectaran y, por tanto, no fueran incluidos artículos relevantes o de especial interés para responder a la pregunta de estudio. Para ello, los autores deben haber revisado en al menos tres bases de datos, en las referencias bibliográficas, contactando con autores o buscando literatura gris (no publicada). Se debe realizar, al menos, alguna de las diferentes forma de evaluación de la posible existencia de un potencial sesgo de publicación.

D) *¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos?* Se debe evaluar si los autores han medido la calidad metodológica de cada uno de los estudios, como la miden (qué tipo de escala utilizan) y que hacen con ella (la utilizan como criterio de inclusión/exclusión, la utilizan en los análisis por subgrupos o se limitan a describirla).

E) *¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales?* Si la revisión se realizó de forma múltiple e independiente, por al menos dos o más revisores y si en caso de existir discrepancias entre ellos, indica cómo fueron resueltas.

F) *¿Prueba de heterogeneidad?* Si se realizaron pruebas de heterogeneidad: Normalmente, existe una variabilidad entre los estudios que forman parte de un meta-análisis. Mediante las pruebas de heterogeneidad valoramos hasta qué punto es asumible el poder integrar los resultados encontrados de los distintos estudios en una síntesis meta-analítica o si por el contrario, la naturaleza de los estudios es tan distinta que no permiten integrar los resultados y sólo se podría interpretar mediante una revisión sistemática.

4.2. Revisión Sistemática

Definición: Una revisión sistemática es un artículo que recoge y analiza todos los estudios relevantes sobre un determinado tema, pero estos son tan heterogéneos, es decir, tan distintos en cuanto a pacientes, diseño, intervenciones, comparaciones, resultados... que no permiten integrar sus resultados en una sola estimación mediante procedimientos estadísticos, y sólo presentan la evidencia encontrada, de forma descriptiva. En general, todo meta-análisis es una revisión

sistemática, pero no toda revisión sistemática es un meta-análisis.

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Las Revisiones Sistemáticas presentan un nivel de evidencia que varía de 1++ a 2++, en función de los tipos de estudios que incluyen y el nivel de calidad de estos. Su grado de recomendación A (B si se trata de un estudio 2++).

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Los aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar una revisión sistemática son los mismos que en un meta-análisis, compartiendo, por tanto, la misma plantilla de CAT (ver dicho apartado) (8).

4.3. Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA)

Definición: El ECA es un diseño prospectivo de investigación clínica, realizado en las condiciones de control ideales. La intervención es planificada y controlada por el investigador. Los sujetos se asignan de forma aleatoria a dos grupos: el grupo experimental, que recibe el tratamiento o la intervención que se está probando y el grupo control. Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados y evaluar la eficacia del tratamiento (9). Este diseño incorpora una herramienta específica (la aleatorización) que potencia la validez interna de sus resultados y justifica el alto nivel de credibilidad que se otorga a los ECAS al aumentar la probabilidad de que los grupos en estudio sean homogéneos entre sí, excepto en la intervención a evaluar (10).

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Los ensayos clínicos presentan un nivel de evidencia que varía de 1++ a 1-, en función de su nivel de calidad y un grado de recomendación A.

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Valoraremos los aspectos a tener en cuenta respecto a la calidad de un meta-análisis, respondiendo a las siguientes preguntas con: **Si / No / No sé**

A) ¿Aleatorizado? Un aspecto fundamental cuando se valoran ensayos clínicos es comprobar que se trata de un ensayo clínico aleatorio. La aleatorización se define como un procedimiento sistemático y reproducible por el que los sujetos participantes en un ensayo clínico son distribuidos al azar en los distintos grupos de tratamiento. La asignación aleatoria implica que todos los participantes en el ensayo tienen la misma probabilidad de entrar en cualquiera de los brazos del estudio.

B) ¿Se han tenido en cuenta a todos los pacientes al final? Es importante que al finalizar el período de seguimiento e iniciar los análisis se tengan en cuenta a todos los participantes que iniciaron el experimento hayan o no finalizado el período

de seguimiento (Análisis por Intención de Tratar) y no sólo aquellos que finalizaron el protocolo (Análisis por Protocolo). En los ensayos clínicos, como en la práctica diaria, se producen con cierta frecuencia desviaciones del protocolo, cuando un paciente que fue asignado aleatoriamente a recibir un tratamiento, deja de tomarlo, lo sigue parcialmente o recibe en realidad, por distintos motivos, el tratamiento de otro grupo. Ante estas circunstancias habría tres posibilidades:

- Exclusión del paciente en análisis final,
- Análisis en el grupo del tratamiento que realmente realizó, aunque fuera asignado a otro (análisis por tratamiento)
- Análisis en el grupo de tratamiento al que fue asignado aleatoriamente, aunque realmente no lo recibiera (**análisis por intención de tratar**).

El análisis por intención de tratar es el enfoque más correcto, porque se conserva la homogeneidad de los grupos y porque se aproxima a la realidad de la práctica clínica (efectividad), donde los cambios o incumplimiento de los tratamientos son habituales. Los ECAs suelen incluir en el apartado material y métodos en la sección de métodos estadísticos: “El análisis se realizó por intención de tratar”.

C) ¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados al inicio? Hay que comprobar si se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados inicialmente.

D) ¿Enmascaramiento? El enmascaramiento o cegamiento del tratamiento consiste en una serie de medidas o precauciones que se toman con el fin de que a lo largo del estudio, bien el paciente, el investigador o ambos, desconozcan el tratamiento que se está aplicando. Los tipos de enmascaramiento pueden ser (9):

- Simple ciego: son aquellos ensayos en los que el sujeto desconoce el grupo de tratamiento al que pertenece. (Aunque en ocasiones puede ser el investigador el que desconoce la asignación de tratamientos).
- Doble ciego: son aquellos ensayos en los que tanto el sujeto como el investigador desconocen la asignación a los grupos de tratamiento.
- Triple ciego: cuando el análisis y la evaluación de los resultados se hace a ciegas de la pertenencia a los grupos de intervención.

E) ¿Eran similares los grupos al inicio? Hay que comprobar si las poblaciones de origen de los participantes de cada grupo son semejantes. Aunque la utilización de un método de aleatorización en la asignación de los participantes aumenta la probabilidad de que ambos grupos sean homogéneos, es necesario comprobarlo

en aquellas variables importantes, excepto en la intervención.

F) Aparte de la intervención experimental, ¿se han tratado los grupos de forma similar? Se debe comprobar que todos los pacientes incluidos en el ensayo **han sido tratados de forma similar, salvo en la intervención a estudiar**. Si los pacientes de alguno de los grupos recibieron mayor atención, fueron visitados con mayor frecuencia, o recibieron distintos tratamientos complementarios, los resultados pueden verse sesgados (9).

4.4. Cohortes

Definición: Un estudio de cohortes es un tipo de estudio observacional ya que el investigador no interviene ni manipula, limitándose a **observar y medir** los resultados obtenidos en dos grupos (expuestos y no expuestos a algún factor de riesgo/protección) tras un período de seguimiento. Es decir, el criterio inicial de clasificación de los grupos es la exposición a algún factor de riesgo/protección y se mide el resultado final tras el seguimiento.

Es de tipo analítico ya que busca establecer relaciones de asociación entre las variables a estudiar. El análisis se hace de forma prospectiva o de seguimiento de uno o más grupos de individuos que presenta diferente grado de exposición a un determinado factor de riesgo. Se estudia la asociación entre la exposición al factor de riesgo y el resultado de interés. En los denominados estudios de cohortes retrospectivos, el investigador se encuentra en el momento en el que ya se conocen los resultados, pero se clasifican los grupos de análisis en función de la exposición o no en el pasado. Se consideran de menor evidencia puesto que la calidad de los datos recogidos suele ser menor al haber un menor control del investigador al tener que basarse en registros ya cumplimentados o en la memoria de los participantes, con el potencial sesgo de recuerdo. Existe una combinación de los dos tipos de estudios anteriormente citados, que se denomina “ambispectivo” donde se analizan efectos con datos históricos y otros efectos tras el seguimiento de las cohortes.

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Este tipo de estudios tiene un grado de evidencia 2++ a 2- (ver tabla 1) según su nivel de calidad, por eso es muy importante una adecuada lectura crítica del mismo, pues en función de este nivel de calidad llevaría asociado el grado de recomendación (ver tabla 2).

El estudio de cohortes se utiliza preferentemente para estudios sobre etiología y factores de riesgo y de incidencia.

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Valoraremos los aspectos a tener en cuenta respecto a la calidad de un meta-análisis, respondiendo a las

siguientes preguntas con: **Si / No / No sé**

A) ¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes?: Se comprueba si se definen de forma clara los criterios que se han considerado para ser incluidos en el grupo de expuestos o en el de no expuestos, que tendrían que ser lo más similares posibles en el resto de aspectos importantes al margen del factor de exposición. Se buscan posibles sesgos de selección.

B) ¿Seguimiento suficientemente largo y completo? El protocolo debe tener correctamente especificado como se llevó a cabo el seguimiento; este debe ser similar en ambas cohortes y a ser posible, y para evitar sesgos, mantener el ciego. También es importante evitar las pérdidas durante el seguimiento y si ocurre cuantificarlas e indicar el motivo (si es posible). Si la frecuencia de exposición al factor de riesgo es muy baja puede dificultar la comparación entre las cohortes (11).

C) ¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas? Se debe detallar cómo se va a medir la exposición y los resultados de forma explícita y objetiva. Los resultados obtenidos en las distintas medidas, tanto respecto a la exposición como a resultados deben corresponderse con la realidad que estamos midiendo y que nos interesa para el estudio (validez interna del estudio). Hay que tener en cuenta que cuando se hace de forma retrospectiva, es más susceptible a sesgos de información.

Se debe comprobar si se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los resultados de interés y si se clasifican a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo instrumento. Los métodos de medida deben ser similares en los diferentes grupos y los sujetos y/o evaluador ciegos a la exposición.

D) ¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes? Se debe comprobar si han tenido en cuenta la existencia de potenciales factores de confusión, tanto en el diseño como en las medidas adoptadas para su control en el análisis.

4.5. Casos - Controles

Definición: Un estudio de casos-controles es un tipo de estudio observacional analítico en el que se clasifica a los participantes en función de que tengan una enfermedad (caso) o no (controles) y busca establecer relaciones de causalidad entre el resultado de interés (enfermedad) y los posibles factores de riesgo/protectores a los que han estado expuestos en el pasado. Son estudios retrospectivos.

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Este tipo de estudios tiene un grado de evidencia 2++ a 2- (ver tabla 1) según su nivel de calidad, por eso es muy importante una adecuada lectura crítica del mismo, pues en función de este nivel de calidad llevaría asociado el grado de recomendación (ver tabla 2).

El estudio de casos y controles se utiliza preferentemente para estudios sobre etiología y factores de riesgo.

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Valoraremos los aspectos a tener en cuenta respecto a la calidad de un meta-análisis, respondiendo a las siguientes preguntas con: Sí / No / No sé

A) ¿Se centra en un tema claramente definido? El tema debe estar claro y bien definido.

B) ¿El método es apropiado para responder a la pregunta? Se justifica la metodología en función de la pregunta y se tienen en cuenta posibles sesgos de selección.

C) ¿Se reclutaron los CASOS de forma aceptable? Los casos se han definido de forma precisa incluyendo los criterios diagnósticos utilizados y en número suficiente (cálculo del tamaño muestral) para identificar las posibles asociaciones etiológicas.

D) ¿Se reclutaron los CONTROLES de forma aceptable? Los controles debieran ser elegidos entre aquellos que si tuvieran la enfermedad de interés tuvieran posibilidades de ser elegidos como casos. Si la selección se ha realizado de forma aleatorizada, y en número suficiente.

E) ¿Miden exposición de forma precisa para minimizar posibles sesgos? La exposición se evalúa de forma objetiva y ciega y se mide de forma precisa. Se definen los instrumentos utilizados. Las variables, objetivas y validadas, es decir, reflejan de forma adecuada aquello que se suponen que tiene que medir. Los métodos de medida tienen que ser similares tanto en casos como en controles. La exposición de interés tiene que preceder al resultado/variable de medida.

F) ¿Han tenido en cuenta factores de confusión, en diseño y/o análisis realizado? Los autores deben haber tenido en cuenta el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis (6,12,13).

4.6. Transversal

Definición: El estudio transversal es un tipo de estudio observacional y descriptivo; se realiza para examinar la presencia o ausencia de una enfermedad u otro

resultado de interés, en relación con la presencia o ausencia de una exposición. Dado que tanto la exposición como el efecto se evalúan de forma simultánea, no se puede establecer una secuencia temporal entre ellos la exposición y el resultado son examinados al mismo tiempo, existe una ambigüedad temporal en su relación, lo que impide establecer inferencias causa-efecto (14). Como su nombre indica, en los estudios transversales no hay seguimiento.

Nivel de evidencia y grado de recomendación: Los estudios trasversales presentan un nivel de evidencia bajo, de nivel 3 y un grado de recomendación D.

Aspectos a considerar para valorar su calidad: Valoraremos los aspectos a tener en cuenta respecto a la calidad de un meta-análisis, respondiendo a las siguientes preguntas con: **Si / No / No sé**

A) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? La población de estudio, definida por los criterios de selección, debe contener un espectro adecuado de la población de interés: considerar en qué medida la población de estudio es representativa de toda la población de interés (población general, de escolares, etc.). Observar si grupos específicos dentro de esa población de estudio (p. ej., por nivel de instrucción o de formación, por ocupación, por país de procedencia, etc.) están proporcionalmente representados.

B) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y “ciega”) para reducir los posibles sesgos? Considerar si se exponen claramente cuáles son las variables de exposición, resultado, o factores de confusión y los instrumentos de medición. Comprobar si se han utilizado las mismas estrategias y técnicas de medición y si se midieron las mismas variables en todos los grupos; si los instrumentos de medida de las variables principales presentan una validez y fiabilidad conocidas, se describen suficientemente y son adecuadas.

Considerar la posible existencia de distintos sesgos: de memoria (alguno de los grupos puede recordar mejor algo del pasado), del entrevistador (por conocimiento de la exposición o del problema de salud), de selección (que pudieran comprometer la generalización de los resultados), de medida o clasificación. Valorar si han existido pérdidas (por falta de medición, abandono, etc.) que afecten al tamaño muestral mínimo necesario y las medidas adoptadas por los autores.

C) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? Considerar si han utilizado un análisis estadístico adecuado y si se ha ajustado a potenciales factores de confusión (15).

5. Ideas Claves

- Los CATs son unos informes breves, muy estructurados y elaborados a partir de la lectura crítica de un artículo científico que ha sido escogido para responder a una pregunta clínica.
- En ellos queda reflejado todo el proceso de la ASBE.
- Se pueden elaborar fácilmente siguiendo unas plantillas para cada tipo de estudio.
- Pueden utilizarse como estrategia docente y de aprendizaje.
- Suelen realizarse en el contexto de un grupo de trabajo como forma de compartir la información elaborada.

6. Bibliografía

1. García Villar C. Los 6 pasos necesarios para elaborar Critically Appraised Topics. *Radiología*. 2014;56(5):451-62.
2. Navarro Mateu F., Soria Aledo V. Lectura crítica de un metaanálisis. En: *Metodología de la Investigación y Práctica Clínica basada en la Evidencia*. Murcia: Consejería de Sanidad; 2013.
3. Moreno Escallón B. «CAT» del estudio WHI. *Revista Colombiana de Menopausia*. 2003;9(2).
4. Badenoch D, Sackett D, Straus S. CATmaker. NHS Research and Development. CEBM;
5. López JBC. *Lectura Crítica De La Evidencia Clínica*. Edición: 1. Barcelona: Elsevier; 2015. 216 p.
6. Sackett D, Strauss S, Richardson W, al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
7. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 11 de agosto de 2001;323(7308): 334-6.
8. Letelier LM, Manríquez JJ, Rada G. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista médica de Chile*. 2005;133(2):246-249.
9. Servicio Andaluz de Salud. *Manual básico para una atención en Salud mental basada en la evidencia*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud; 2012.
10. López E, Pijoan J, Cabello J. Lectura crítica de estudios de tratamiento. Ensayos clínicos aleatorios. En: Cabello J, editor. *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 35-62.

11. Fontcuberta Martínez J, García González ÁL. Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales. Revisiones narrativas. Paneles de expertos. Documentos de consenso. En: ATENCION SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA. Murcia: Consejería de Sanidad; 2007. p. 393-400.
12. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. p. 13-9.
13. Fontcuberta Martínez J, García González ÁL. Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales. Revisiones narrativas. Paneles de expertos. Documentos de consenso. En: ATENCION SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA. Murcia: Consejería de Sanidad; 2007.
14. Aschengrau A, Seage III G. Essentials of epidemiology in public health. USA: Jones & Bartlett Publishers; 2003. 151-5 p.
15. Berra S, Maria Elorza-Ricart J, Estrada M-D, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2008;22(5):492-7.

ANEXO: CATS presentados en las sesiones del Club de lectura crítica del H. Psiquiátrico "Román Alberca" ordenados en función del diseño de investigación:

Índice de contenidos

TEMÁTICA	CAT
Adicciones	M-7, M-8, RS-5
Agitación / Alteración de Conducta	ECA-1, T-5
Ansiedad / Estrés Postraumático	M-3, M-6, M-12, M-13, CH-1, CH-4, T-1
Autolesión / Suicidio	M-9, M-10, RS-8, CC-1, CC-2, T-4
Burnout	T-3
Demencia / Función Cognitiva	M-11, RS-8, CC-1, CC-2
Cáncer	M-14, CH-3
Depresión / Distimia	M-11, RS-1, T-2
Embarazo	RS-6
Genética	M-3, M-6, M-12
Ingresos Involuntarios / Contención Mecánica	RS-9, CH-4, T-5
Investigación	M-2, M-9, M-15
Psicofarmacología	M-1, M-5, M-11, M-13, M-15, RS-1, RS-3, RS-5, RS-6, RS-9, ECA-1, ECA-2, CH-2, CH-3
Psicoterapia	M-4, M-13, RS-2, ECA-3
Trastorno de Conducta Alimentaria	M-9, T-4
Trastorno de Personalidad	RS-2, RS-7, ECA-3, T-4
Trastorno Mental Grave	M-4, M-5, M-7, M-10, M-14, RS-3, RS-4, ECA-1, ECA-2, CH-2, T-6

Índice de autores

AUTOR	CAT
Albaladejo Martínez, Juan Antonio	M-7, M-10, M-14, RS-4, T-6
Almela Bernal, Joaquín	M-8, CH-2
Álvarez Muñoz, Francisco Javier	M-9, M-15, RS-8, CC-1, CC-2
Hurtado López, Ana María	T-3, T-5
Martí Esquitino, Jesús	CH-1, CH-4, T-1
Martínez de Guzmán, Marina	M-5, M-11, RS-6, ECA-1, ECA-2
Martínez Franco, Laura Elena	RS-3
Navarro-Mateu, Fernando	M-2, M-3, M-6, M-12, M-13, CH-3, T-2
Rosique Díaz, Pedro Alfonso	ECA-3, T-4
Sánchez Flores, María Dolores	M-1
Serrano Bueno, Francisco Jesús	RS-1, RS-5, RS-7, RS-9
Soler Ferrería, Fabiola Beatriz	M-4, RS-2

Índice

METAANÁLISIS	
M-1: LA METFORMINA PUEDE SER EFICAZ COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INDUCIDA POR ANTIPSICOTICOS ATÍPICOS (OLANZAPINA).....	
M-2: LA MALAPRAXIS EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS ES UN FENÓMENO MÁS FRECUENTE DE LO DESEABLE.....	
M-3: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR NO ESTÁ RELACIONADO CON LOS RASGOS ANSIOSOS EN SUJETOS SANOS SIN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICO.....	
M-4: LAS INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS PUEDEN SER EFECTIVAS EN LA MEJORÍA CLÍNICA Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES PSICÓTICOS.....	
M-5: NO HAY EVIDENCIA DE EFICACIA ANTIPSICÓTICA DE LAS BENZODIAZEPINAS ASOCIADAS A FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN ESQUIZOFRENIA.....	
M-6: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR NO ESTÁ ASOCIADO CON EL PTSD.....	
M-7: NO HAY EVIDENCIAS SUFICIENTES PARA ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y RIESGO DE PSICOSIS.....	
M-8: CONSEJO INDIVIDUAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, LAS MEJORES ESTRATEGIAS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL ENTORNO LABORAL.....	
M-9: LA TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA (SMR) ES ÚTIL PARA SINTETIZAR DATOS SOBRE SUICIDIO, DE DISTINTOS ESTUDIOS QUE DIFIEREN EN TIEMPO Y ESPACIO, DENTRO DE UN META-ANÁLISIS.....	
M-10: LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS PODRÍAN ESTAR ASOCIADAS CON COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS.....	
M-11: LA VORTIOXETINA PUEDE TENER UN EFECTO POSITIVO SOBRE ALGUNOS DOMINIOS DE LA FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).....	
M-12: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR PODRÍA MODULAR LA RELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN PREVIA A EVENTOS ESTRESANTES Y EL RIESGO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) MEDIANTE INTERACCIONES GENÉTICO-AMBIENTALES.....	
M-13: LA EFICACIA A CORTO PLAZO DE LOS ABORDAJES PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO POR PÁNICO PARECEN NO SER DIFERENTES.....	
M-14: LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA NO TIENEN ASOCIADO MAYOR RIESGO DE CÁNCER QUE LA POBLACIÓN GENERAL, SALVO MAYOR RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES CON ESQUIZOFRENIA.....	
M-15: MAYOR PROBABILIDAD DE RESULTADOS POSITIVOS EN ESTUDIOS PATROCINADOS POR INDUSTRIA FARMACEUTICA, INDEPENDIEMENTE DEL SESGO DE PUBLICACIÓN.....	
REVISIÓN SISTEMÁTICA	
RS-1: AMISULPIRIDE PUEDE SER EFECTIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISTIMIA.....	
RS-2: LA EVIDENCIA SUGIERE POBRE EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA GRUPAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD CLUSTER A.....	
RS-3: EL TRATAMIENTO CON BUPROPION EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS TIENE UN RIESGO BAJO DE DESENCADENAR PSICOSIS SI ESTÁN ESTABLES Y ASOCIADO A ANTIPSICÓTICOS. RESPECTO A SUS EFECTOS ANTIDEPRESIVOS LAS EVIDENCIAS SON LIMITADAS.....	
RS-4: HAY EVIDENCIAS A FAVOR DEL MODELO PROPENSIÓN-PERSISTENCIA-DETERIORO PARA EL DESARROLLO DE PSICOSIS (PSICOSIS CONTINUUM).....	
RS-5: NO HAY EVIDENCIAS DE QUE LA RETIRADA DE ALTAS DOSIS DE VITAMINA B6 PUEDA PRODUCIR UN SÍNDROME DE DEPENDENCIA O ABSTINENCIA.....	

- RS-6: LA EXPOSICIÓN EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO A OLANZAPINA, QUETIAPINA Y RISPERIDONA NO PARECE ESTAR ASOCIADO A UN MAYOR RIESGO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS. LOS DATOS PARA ARIPIPRAZOL SON LIMITADOS.....
- RS-7: NO HAY EVIDENCIAS DE LA UTILIDAD DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO O PRESENCIA DE IMPULSIVIDAD O INESTABILIDAD AFECTIVA PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR
- RS-8: LA DEMENCIA (ENFERMEDAD ALZHEIMER), PUEDE ESTAR ASOCIADA CON UN LEVE RIESGO DE SUICIDIO, PERO NO CON UN MENOR RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA
- RS-9: NO EXISTEN PRUEBAS DE QUE LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS VOLUNTARIOS, EN COMPARACIÓN CON LOS INVOLUNTARIOS, MEJOREN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O LA TOMA DE MEDICACIÓN.....
- ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO**
- ECA-1: LOXAPINA INHALADA REDUCE LA AGITACIÓN AGUDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARADA CON PLACEBO
- ECA-2: EL TRATAMIENTO CON ARIPIPRAZOL MENSUAL PODRÍA MOSTRAR UNA MEJORÍA SUPERIOR A PALMITATO DE PALIPERIDONA EN CUANTO A CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA MEDIDA CON LA ESCALA QSL
- ECA-3: NO HAY DATOS QUE SOSTENGAN QUE LAS PSICOTERAPIAS ESTABILIZADORAS SON MÁS EFECTIVAS, PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y BAJA FORTALEZA PSICOLÓGICA, QUE LAS CONFRONTATIVAS..
- ESTUDIO DE COHORTES.....**
- CH-1: LA EXPOSICIÓN A TERREMOTOS AUMENTA EL RIESGO DE TRASTORNO MENTAL DE LEVE A MODERADO
- CH-2: PERSONAS DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA CON FACTORES PRONÓSTICOS FAVORABLES PODRÍAN FAVORECERSE DE PERÍODOS PROLONGADOS SIN MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA.....
- CH-3: LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE OPTAN POR UN TRATAMIENTO INICIAL CON MEDICINAS ALTERNATIVAS (MA) EN VEZ DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL CONTRA EL CÁNCER (TCC) TIENEN UNA MENOR SUPERVIVENCIA.....
- CH-4: LA CONTENCIÓN MECÁNICA DURANTE UN INGRESO PSIQUIÁTRICO TIENE EFECTOS DIVERSOS DESDE LA ACEPTACIÓN HASTA LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....
- ESTUDIO DE CASO - CONTROL**
- CC-1: EN LAS PERSONAS MAYORES, LOS DÉFICITS COGNITIVOS DE TIPO EJECUTIVO SE ASOCIAN CON IDEACIÓN SUICIDA, AUNQUE NO DIRECTAMENTE CON CONDUCTA SUICIDA.....
- CC-2: SER DIAGNÓSTICADO DE DEMENCIA PUEDE INCREMENTAR LA IDEACIÓN SUICIDA, PERO NO ESTÁ DEMOSTRADO QUE INCREMENTE LAS TASAS DE SUICIDIO.....
- ESTUDIOS TRANSVERSALES**
- T-1: LAS ADVERSIDADES SUFRIDAS DURANTE LA INFANCIA NO MODERAN LA ASOCIACIÓN ENTRE SUFRIR UNA GUERRA Y DESARROLLAR ANSIEDAD, DEPRESIÓN O TEPT, SALVO PARA LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN.....
- T-2: EL RIESGO DE SUFRIR UNA DEPRESIÓN MAYOR ES CASI 3 VECES MAYOR EN PLENA CRISIS ECONÓMICA (2011) QUE EN 2008 EN LA POBLACIÓN GENERAL DE GRECIA
- T-3: TURNOS DE TRABAJO LARGOS PARA ENFERMERAS DE HOSPITAL PARECE ASOCIARSE CON AUMENTO DEL BURNOUT, INSATISFACCIÓN LABORAL E INTENCIÓN DE ABANDONAR
- T-4: LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PUEDE AUMENTAR LA RECURRENCIA DE INTENTOS SUICIDAS Y AUTOLESIONES
- T-5: LA INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN ENCAMINADAS A DISMINUIR LAS CONTENCIÓNES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA, NO AUMENTAN LAS AGRESIONES DE LOS PACIENTES
- T-6: LAS PERSONAS CON EXPERIENCIAS PSICÓTICAS SE ASOCIAN CON MAYOR DISCAPACIDAD.....

META-ANÁLISIS

<p>TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS]</p> <p><u>Conclusiones clínicas:</u></p> <p><u>Cita bibliográfica:</u></p> <p>Nombre y Fax del investigador principal</p> <p><u>Pregunta clínica (PICO):</u></p> <p><u>Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:</u></p> <p><u>LA REVISIÓN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de datos: (Cochrane Library/Medline/Embase/CitationIndex/Compañías Farmacéuticas/Búsqueda Manual/Peticiones por correo/Archivos Propios/Fuentes en idioma no-inglés/No especificadas/Otras (Especificar)) • Selección de estudios: (<u>Criterios de inclusión</u>; <u>Criterios de exclusión</u>) • Extracción de datos: • Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? (Si/No/No sé); 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? (Si/No/No sé); 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes?(Si/No/No sé); 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? (Si/No/No sé); 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? (Si/No/No sé); 6) ¿Prueba de heterogeneidad?(Si/No/No sé) <p><u>LAS PRUEBAS:</u></p> <p><u>COMENTARIOS:</u></p> <p><u>Realizado por:</u></p> <p>Email de contacto:</p> <p>(Fecha de realización)Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)</p> <p><u>Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs):</u> la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios</p>

M-1: LA METFORMINA PUEDE SER EFICAZ COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INDUCIDA POR ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS (OLANZAPINA)**Conclusiones clínicas:**

La metformina produce disminución de peso en pacientes con obesidad inducida por olanzapina, pero no se recomienda su uso como profilaxis.

Cita bibliográfica:

Kumar Praharaj-S, Kusum Jana-A, Goyal-N, Kumar Sinha-V. Metformin for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2011 Mar, 71(3):377-82

Nombre y Fax del investigador principal: Dr Samir Kumar Praharaj MD, DPM.

Fax: + 91 65 1223 1689. E-mail: samirpsyche@yahoo.co.in

Pregunta clínica (PICO): ¿Es la Metformina un tratamiento eficaz para el tratamiento de la obesidad y/o Síndrome metabólico inducido por Antipsicóticos Atípicos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed, palabras clave: metformin and atypical Antipsychotic.

LA REVISIÓN:

•**Fuentes de datos:** Cochrane, PubMed/Medline, con palabras clave: "atypical antipsychotic" "Olanzapine," "body weight gain" "obesity" and metformin. Publicaciones sólo en inglés

•**Selección de estudios:** **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos aleatorizados, doble-ciego, comparando metformina con placebo en la ganancia de peso inducida por olanzapina. Resultados de medidas de peso corporal, circunferencia de cintura e índice de masa corporal (IMC). Duración de al menos 12 semanas.

•**Extracción de datos:** Dos revisores decidieron independientemente si los estudios cumplían criterios de inclusión. Los desacuerdos se resolvieron por discusión con un tercer revisor. Se utilizó un formulario estandarizado y se extrajeron datos de pacientes, características del estudio, medidas de resultado y resultado de los estudios.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No sé (sólo estudios en inglés); 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí (escala Jadad); 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí.

LAS PRUEBAS: De los doce artículos identificados, sólo cuatro cumplieron los criterios de inclusión (105 sujetos). La diferencia de medias ponderada (DMP) para el peso corporal fue de 5,02 (IC del 95%: 3,93; 6,10) kg menos con la metformina en comparación con el placebo a las 12 semanas. Para la circunferencia de la cintura, la prueba de heterogeneidad fue significativa ($P = 0.00002$, $I^2 = 85.1\%$). Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para calcular la DMP, que fue 1.42 (IC 95% 0.29, 3.13) cm menor con la metformina en comparación con el placebo a las 12 semanas. Para el IMC, la DMP fue 1,82 (IC del 95% 1,44, 2,19) kg m⁻² más baja con la metformina en comparación con el placebo a las 12 semanas. Los datos existentes sugieren que la pérdida modesta de peso a corto plazo es posible con metformina en pacientes con aumento de peso inducido por olanzapina.

COMENTARIOS:

Una limitación del meta análisis es el número pequeño de estudios incluidos, que no permite comprobar un posible sesgo de publicación. La evidencia actual sugiere que la metformina no debe ser utilizada rutinariamente en todos los pacientes tratados con olanzapina como profilaxis. Su uso podría justificarse en pacientes jóvenes con aumento de peso inducido por olanzapina, que no presenten contraindicaciones para usar metformina.

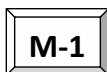
Realizado por: M^a Dolores Sánchez Flores

Email de contacto: lolasanchezflores58@gmail.com

Fecha de realización: marzo 2013

Fecha revisión: marzo 2015

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-2: LA MALAPRAXIS EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS ES UN FENÓMENO MÁS FRECUENTE DE LO DESEABLE

Conclusiones clínicas: Hasta un 2% de los científicos reconocen haber fabricado, falsificado o modificado los datos al menos una vez y hasta un 33% admiten otras variedades de conducta cuestionable. Los datos son robustos, pero probablemente conservadores.

Cita bibliográfica: Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research. A Systematic Review and Meta-Analysis of Survey Data. PLOS One 2009; 4(5); e5738. doi:10.1371/journal.pone.0005738.

Pregunta clínica (PICO): ¿Es frecuente la mala praxis entre los científicos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed (05/04/2014): falsify[All Fields] AND Scientists[All Fields] AND Meta-Analysis[ptyp]

La revisión:

• **Fuentes de datos:** Búsqueda electrónica en las dos primeras semanas de agosto 2008 en bases de datos y publicaciones en inglés. Literatura gris o no publicada en inglés, francés, italiano y español. Palabras clave "research misconduct" OR "research integrity" OR "research malpractice" OR "scientific fraud" OR "fabrication, falsification" OR "falsification, fabrication" en Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED), Social Sciences Citation Index (SSCI), Arts & Humanities Citation Index (A&HCI), Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S), BIOSIS Previews, MEDLINE, Business Source Premier, CINAHL Plus, SPORTDiscus, Library, Information Science & Technology Abstracts, International Bibliography of the Social Sciences, America: History & Life, Teacher Reference Center, Applied Social Sciences Index And Abstracts (ASSIA), ERIC, Index Islamicus, CSA linguistics and language behaviour, Physical Education Index, PILOTS, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Proquest Dissertation & Theses, ECONLIT, Educational Research Abstracts (ERA) Online, Article First, Economic and Social Data Service, Francis, Geobase, Georefs, Global Health (CABI), Index to Theses, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), IEEE Xplore, INSPEC, JSTOR, Mathematical Sciences Net (MathSciNet), PubMed, Russian Academy of Sciences bibliographies, Sciencedirect, Teacher Reference Center, EMBASE, EMBASE Classics, PSYCHINFO. Diversas revistas científicas, Bases de Datos de Literatura Gris y en internet.

• **Selección de estudios:** Inclusión sólo estudios con datos cuantitativos valorando cuántos investigadores han realizado u observado a compañeros cometiendo una mala praxis científica en el pasado. Cualquier categoría profesional o disciplina científica, excluyendo estudiantes de grado. Centrado en todas aquellas conductas que pudieran falsificar o sesgar el conocimiento científico mediante una alteración no justificada de los datos, resultados o interpretaciones (Fabricación, falsificación, no publicación intencional de resultados, metodología sesgada, reportes fraudulentos, ...) No se incluye el plagio o malas conductas del tipo (autor fantasma, explotación de subordinados, ...). Exclusión de estudios que no hacen una clara diferenciación entre ambos tipos de mala praxis.

• **Extracción de datos:** No se explicita la existencia de un protocolo de extracción de datos. Extracción por un solo investigador. Extracción del % de respondedores que declaran haber cometido o haber observado o tener conocimiento de que un colega ha realizado una o más veces los tipos de mala praxis analizados. Datos sobre la calidad metodológica de los estudios.

• **Modelo de Efectos Aleatorios.** Análisis por Meta-regresión de los elementos de calidad metodológica. Análisis de Sensibilidad y del Sesgo de Publicación.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? (Sí, Test Q de Cochrane).

Las pruebas: De 3276 estudios potencialmente relevantes, 69 se analizan a texto completo y sólo se incluyen 18 en el meta-análisis. El país con mayor número de publicaciones EEUU (15). Estimaciones conservadoras, dadas las limitaciones de los estudios originales y el tipo de preguntas realizadas, sugieren que 1.97% (95%CI: 0.86-4.45) de los científicos admiten haber fabricado, falsificado o modificado sus datos/resultados al menos una vez y que hasta un 33.7% admiten haber realizado otras prácticas cuestionables en investigación. Si se les pregunta si han visto o conocen estas conductas en terceros, hasta un 14.12% (9.91-19.72) afirman conocer casos de falsificación y hasta un 72% de otras prácticas cuestionables. Los estudios basados en auto reportes, utilizando las palabras falsificación o fabricación o los enviados por correo reflejaban menores porcentajes de mala praxis. Controlando por estos factores, la mala praxis se reconocía más frecuentemente entre los investigadores médicos o farmacológicos que entre otras disciplinas.

Comentarios: Es el primer meta-análisis que investiga la frecuencia de mala praxis entre los investigadores. Se centra especialmente en conductas claramente reprochables (falsificación, fabricación y/o modificación de datos/resultados), conductas que pueden distorsionar el conocimiento científico, diferenciándolas de otras prácticas científicas cuestionables (cambios en el diseño de la metodología por presiones de financiadores,...), No incluyen otras como el plagio u otras conductas dudosas (explotación de subordinados, autores fantasmas,...). La clave para diferenciarlas radica en la intencionalidad

Realizado por: Fernando Navarro Mateu.

Email de contacto: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 5 de marzo de 2014

Fecha de actualización: abril 2016

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

M-3: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR NO ESTÁ RELACIONADO CON LOS RASGOS ANSIOSOS EN SUJETOS SANOS SIN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICO**Conclusiones clínicas:**

La ausencia de un cribado psiquiátrico estructurado en los participantes sanos en los estudios de asociación genética puede producir un sesgo importante al estudiar su asociación con los rasgos ansiosos de personalidad. El polimorfismo 5-HTTLPR no está relacionado con los rasgos ansiosos medidos por TCI (Temperament and Character Inventory) y/o NEO (NEO-Personality Inventory) en sujetos psiquiátricamente sanos.

Cita bibliográfica:

Minelli A, Bonvicini C, Scassellati C, Sartori R y Gennarelli M: The influence of psychiatric screening in healthy population selection: a new study and meta-analysis of functional 5-HTTLPR and rs25531 polymorphisms and anxiety-related personality traits. BMC Psychiatry 2011, 11:50.

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Artículo realizado para analizar la estructura y metodología de los artículos de asociación genética y actualización de meta-análisis previos.

LA REVISIÓN:

Estudio I: Estudio de asociación: Características de los participantes: 287 voluntarios no relacionados (edad media: 50.05 + 15.84) de diversas procedencias (universidades, anuncios, asociaciones de ancianos) ,117 hombres y 170 mujeres; Otras variables de interés: Evaluación por psicólogos expertos de diagnósticos DSM-IV EJE I con MINI, Ha de abuso/dependencia de alcohol/drogas, versión italiana de TCI y exclusión si puntuación < 27/30 en MMSE. Genotipación 5-HTTLPR (SS,SL y LL) y según rs25531 (S'S', S'L', L'L');

Características del estudio 1): Sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes: (Sí, origen diverso). **2)**

Exposición y resultados medidos de manera objetiva (Sí) y "ciega" (Sí). **¿Se realizaron las mediciones correctamente para reducir los sesgos?** Sí. **¿Se ha realizado un análisis de los datos suficientemente riguroso?** Sí.

Las pruebas (Estudio I): La asociación de puntuaciones altas en rasgos de ansiedad con el genotipo homocigoto SS desaparece al excluir a los sujetos con trastorno mental depresivo-ansioso a lo largo de la vida.

Estudio II: Meta-análisis: Búsqueda en PubMed y manual en bibliografía. Palabras clave: "Serotonin transporter polymorphism, serotonin transporter gene, 5-HTTLPR, Neuroticism, Harm Avoidance, anxiety, and personality". Criterios de inclusión/exclusión: Estudios de @ con rasgos de personalidad ansiosa con cualquier versión de NEO (NEO-PI, NEO-PI-R o NEO-FFI) o de TCI (o TPQ) en hombres y mujeres de cualquier etnia. Sólo los datos de los controles en estudios con casos psiquiátricos y controles. Datos en más de un artículo sólo se incluyen una vez. Exclusión de artículos no en inglés. Excluyen los estudios de asociación que no presentan un equilibrio de HWE y analizan dos subgrupos por separado según etnia caucásica y asiática. No analiza el potencial sesgo de publicación. Análisis por modelo de efectos fijos y si heterogeneidad, por efectos aleatorios.

Características del estudio II: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; **2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión?** Sí; **3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes?** No; **4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos?** No; **5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales?** No; **6) ¿Prueba de heterogeneidad?** Sí, (χ^2 de bondad de ajuste y estadístico I²).

Las pruebas (Estudio II): 35 estudios con asociación en modelo de efectos fijos entre Neuroticismo y SS que desaparece en modelo de efectos aleatorios en población caucásica. Sin efectos en población asiática.

COMENTARIOS:

Es necesario tener en cuenta los antecedentes de patología psiquiátrica al considerar los controles sanos para evitar un potencial sesgo de selección.

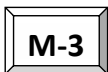
Realizado por: Fernando Navarro-Mateu;

Email: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 01 de marzo 2015

Fecha de actualización: marzo 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-4: LAS INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS PUEDEN SER EFECTIVAS EN LA MEJORÍA CLÍNICA Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES PSICÓTICOS.

Conclusiones clínicas: Las intervenciones basadas en mindfulness, adecuadamente adaptadas, pueden ser útiles para la mejoría clínica y funcional en pacientes psicóticos. No se sabe bien el mecanismo de acción de cada componente de estas intervenciones. Pueden ser intervenciones mejor aceptadas por los pacientes que las estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

Cita bibliográfica: Bassam Khoury, Tania Lecomte, Brandon A Gaudiano, Karine Paquin Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 150 (2013), 176-184.

Nombre y Fax del investigador principal: B. Khoury. Tel.: +1 514 343 6274; fax: +1 514 343 2285.

E-mail: b.el-khoury@umontreal.ca.

Pregunta clínica (PICO): ¿Es eficiente el Mindfulness para la mejoría clínica de las personas con psicosis?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Base de datos Tripdatabase. Palabras claves: "Mindfulness" and "Psychosis" en título.

La revisión:

- **Fuentes de datos:** Pubmed, PsycINFO, Medline; Publicado hasta 25 de Julio de 2013; Palabras claves: "Mindfulness" alone or combined with "meditation" or "acceptance" or "detachment" or "compassion" And "psychosis" or "psychotic" or "schizophrenia". Búsqueda en las referencias bibliográficas y preguntando sobre artículos en prensa.
- **Selección de estudios:** **Criterios de inclusión:** Que presente medidas pre-post o comparación con un grupo de control, de una intervención clínica usando cualquier protocolo de mindfulness en cualquier trastorno psicótico. (Todos los idiomas). **Criterios de exclusión:** Estudios que no tienen como objetivo evaluar los efectos del tratamiento No aportan medidas de síntomas u otros resultados psicosociales; No aportan suficiente información para calcular un tamaño del efecto; Datos que se superponen con los de otro estudio incluido. Dos evaluadores realizan la selección y resuelven los desacuerdos por consenso o consultando a los autores.
- **Extracción de datos:** Dos codificadores, siguiendo una hoja de extracción de datos electrónica, con información sobre las características del diseño, la muestra, las intervenciones, los resultados y la calidad de los estudios.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No Sé 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

Las pruebas: Obtienen 13 estudios y un seguimiento; con una muestra de 468 pacientes psicóticos hospitalizados y ambulatorios, a los que se aplican diferentes protocolos basados en mindfulness, aceptación y compasión, adaptados para población psicótica. Los resultados muestran un tamaño del efecto sobre resultados clínicos moderado en estudios pre-post (n = 12; g = 0,52; IC [0,40, 0,64], p= 0,0001), y bajo a moderado en estudios con grupo de control (n = 7; g = 0,41; IC [0,23, 0,58], P= 0,0001). Se observa efecto moderado en sintomatología negativa, afectiva, funcionalidad y calidad de vida; siendo menor en sintomatología positiva. Se obtiene alta heterogeneidad en los resultados. Los resultados en mindfulness correlacionan positivamente con los resultados en mejoría clínica, y de manera más potente cuando se combinan con los resultados en aceptación y compasión. Se observan bajas tasas de abandono. El sesgo de publicación no parece ser una amenaza.

Comentarios: Limitaciones: bajo número de estudios, amplios criterios de inclusión, variabilidad en los protocolos, heterogeneidad en los resultados. A pesar de la alta variabilidad en los protocolos, todos se centran en procesos similares: el cambio de la relación con los síntomas psicóticos (en lugar de los síntomas directamente) a través de procesos de atención / aceptación / compasión para regular mejor las emociones negativas, disminuir la angustia y mejorar su funcionamiento. Las tasas de abandono menor sugieren una mejor aceptación de estas estrategias por parte de los pacientes, que ante las estrategias de la TCC. Los resultados apoyan la validez y eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en la mejoría clínica de pacientes psicóticos, siendo un buen complemento a la farmacoterapia.

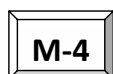
Realizado por: Fabiola B. Soler Ferrería

Fecha de realización: 3 de Mayo 2015

Email de contacto: fabiola.solerferreria@gmail.com

Fecha de actualización: mayo de 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-5: NO HAY EVIDENCIA DE EFICACIA ANTIPSICÓTICA DE LAS BENZODIAZEPINAS ASOCIADAS A FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN ESQUIZOFRENIA

Conclusiones clínicas: Los resultados de este meta-análisis no revelan ninguna evidencia empírica de que las benzodiazepinas asociadas a antipsicóticos sean efectivas en el tratamiento de la esquizofrenia.

Cita bibliográfica: Dold M, Li C, Gillies D, Leucht S. Benzodiazepine augmentation of antipsychotic drugs in schizophrenia: a meta-analysis and Cochrane review of randomized controlled trials. Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Sep.; 23 (9): 1023-1033.

Pregunta clínica (PICO): las benzodiazepinas asociadas a antipsicóticos ¿aumentan la eficacia del tratamiento en esquizofrenia?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed, palabras clave: "benzodiazepines combination AND antipsychotics"

LA REVISIÓN:

• **Fuentes de datos:** 99 nombres comerciales de BZD; registro de ensayos de la Cochrane de Esquizofrenia (hasta feb 2011): búsquedas en BIOSIS, CINAHL, EMBASE, LILACS, MEDLINE, PSYINDEX, PsycINFO, RUSSMED, Socio file, resúmenes tesis, búsquedas manuales en revistas y resúmenes de congresos. Bases de datos electrónicas: ClinicalTrials.gov y Clinicalregister.eu.

• **Selección de estudios:** **Criterios de inclusión:** todos los ECAs que compararon la eficacia del tratamiento de antipsicóticos+ BZD, con un grupo control que recibía antipsicótico sólo o con placebo. Al menos el 50% de los participantes del estudio tenía que tener un diagnóstico primario de esquizofrenia o psicosis (esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo o trastornos delirantes), o proporcionar los datos por separado para estos trastornos

Criterios de exclusión: estudios de menos de una semana de duración que evalúan el efecto ansiolítico rápido en lugar de eficacia antipsicótica.

• **Extracción de datos:** Los datos fueron extraídos de forma independiente por dos revisores en formulario de extracción de datos estandarizado. En caso de desacuerdo, un tercer revisor participó y cuando fue necesario, se estableció contacto con los autores.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS: Se identificaron 16 ECAs relevantes con n=1045. 170 de 256 (66,4%) sujetos en el grupo intervención alcanzaron una respuesta global al tratamiento clínicamente significativa en comparación con 174 de 255 (68,2%) en los grupos de control. No hubo diferencia significativa entre los grupos (RR = 0,97; IC 95% 0,77-1,22). Hubo heterogeneidad significativa ($p < 0,1$, $I^2 = 70\%$) que disminuyó después de la eliminación de los valores de los estudios atípicos. En cuanto a resultados secundarios, no hubo datos sobre los síntomas positivos, síntomas negativos, o la ansiedad. No se identificaron diferencias significativas entre los grupos en el número de participantes que abandonaron el estudio por cualquier motivo ($N = 15$; $n = 1.017$), debido a la ineficacia del tratamiento ($N = 6$; $n = 347$), o debido a efectos adversos ($N = 6$; $n = 415$). En comparación con el grupo control, más participantes del grupo de benzodiazepinas experimentaron mareos ($N=3$; $n=190$; RR=2,58, IC95%:1,08-6,15) y somnolencia ($N=2$; $n=118$; RR=3,30; IC95%: 1,04-10,40).

COMENTARIOS: no hay evidencia de eficacia antipsicótica de las benzodiazepinas como fármacos adicionales en el tratamiento de la esquizofrenia. Las benzodiazepinas deben ser consideradas como tratamiento de la agitación, ansiedad o insomnio, pero no como tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y trastornos relacionados.

LIMITACIONES: pequeño tamaño de muestra (60,5 participantes de media); sólo 6 de los 16 ECAs incluidos proporcionaron datos de resultado primario; sesgo de publicación cuestionable a pesar de que el gráfico "funnel plot" fue simétrico y la prueba de regresión de Egger no significativa. Debido a la escasa cantidad de ensayos realizados con las diferentes benzodiazepinas fue necesario agruparlas. Esto probablemente podría obstaculizar los resultados del meta-análisis porque las benzodiazepinas difieren en términos de potencia y la velocidad del metabolismo y eliminación.

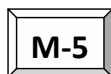
Realizado por: Marina Martínez de Guzmán

Email de contacto: marina.martinez@carm.es

Fecha de realización: 19 de mayo 2015

Fecha de actualización: mayo 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-6: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR NO ESTÁ ASOCIADO CON EL PTSD**Conclusiones clínicas:**

No existen datos que sugieran una asociación entre 5-HTTLPR y PTSD, aunque podría ser un factor de riesgo tras la exposición a condiciones traumáticas extremas. Se necesitan más estudios.

Cita bibliográfica:

Gressier F, Calati M, Balestri M y cols. The 5-HTTLPR Polymorphism and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. Journal of Traumatic Stress. 2013; 26: 645-653

Pregunta clínica (PICO):

¿El polimorfismo 5-HTTLPR está asociado a un mayor riesgo de PTSD tras la exposición a eventos traumáticos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Artículo estudiado para analizar la estructura y metodología de los artículos de asociación genética y actualización de meta-análisis previos.

LA REVISIÓN:**• Fuentes de datos:**

Búsqueda en PubMed, en ISI (WoK) y manual en bibliografía. Palabras clave: "Serotonin transporter gene, 5-HTTLPR, SERTPR" y "PTSD".

• Selección de estudios:

Estudios publicados en inglés que incluyen a una población expuesta a un trauma y aportan la frecuencia del genotipo 5-HTTLPR y estudios de asociación caso-control que examinan la asociación entre el polimorfismo y PTSD o su asociación sólo en los participantes con PTSD. 2 revisores independientes y evaluación del texto completo.

• Extracción de datos:

Codificación de primer autor, tamaño muestral, edad media, sexo y frecuencias del genotipo. Agrupación según presencia o ausencia de genotipos SS o S'S', S/S y S/L o S'/S' y S'/L' vs L/L o L'/L' y Alelos S o S'.

• Análisis de la calidad de los estudios:

Según dos métodos: 1) evaluación de adecuación de estudios en 4 áreas clave (metodología, clínica, genética y estadística) y 2) según Escala New Castle-Ottawa para casos y controles (selección de pacientes, comparabilidad de grupos y valoración del resultado). Análisis descriptivo. No indican las consecuencias

Análisis de datos: Cochrane Collaboration Review Manager Software. Sesgo de publicación: funnel-plot y Egger-test para detectar asimetrías en el gráfico. Heterogeneidad según Chi-cuadrado y estadístico I². Análisis por modelo de efectos aleatorios. Meta regresión con sexo y edad. Análisis de sensibilidad con datos bialélicos y trialélicos en caucásianos con PTSD, con criterios de exclusión por trastornos en EJE y con exposición alta a traumatismos (guerra y genocidio) de forma independiente. Estudios sin grupo control cálculo de frecuencias con muestras de controles virtuales.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No queda claro; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS:

39 estudios iniciales y 24 seleccionados. Finalmente, 12 incluidos en el meta-análisis. Mezclan los análisis bi y trialélicos. No encuentran asociación y sí una alta heterogeneidad. Tampoco encuentran asociación en agrupaciones SS y SL vs LL, ni en las frecuencias de S vs L.

No encuentran asociación en análisis de sensibilidad según datos trialélicos, bialélicos, estratificación étnica (sólo en caucásianos), en estratificación diagnóstica ni por exclusión de otros diagnósticos del EJE I. Sí encuentran asociación en análisis de sensibilidad con 3 estudios en supervivientes a genocidio, terrorismo d11 de septiembre y veteranos de guerra (OR=3.80; 95%CI= 2.44-5.91), que se mantiene tras corrección de Bonferroni.

COMENTARIOS:

Meta-análisis de baja calidad, con peores resultados en la búsqueda bibliográfica que nuestro meta-análisis previo.

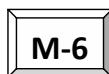
Realizado por: Fernando Navarro-Mateu.

Email: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 31 de mayo 2015

Fecha de actualización: mayo 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-7: NO HAY EVIDENCIAS SUFICIENTES PARA ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y RIESGO DE PSICOSIS

Conclusiones clínicas: Los resultados muestran que el consumo diario de tabaco se asocia con mayor riesgo de trastorno psicótico y edad de inicio más temprana de la enfermedad psicótica. Además el inicio más temprano del tabaco se asocia a mayor riesgo de psicosis. Sin embargo, el efecto del tabaquismo parece ser modesto y ante una posible asociación casual con el riesgo de psicosis se precisan más estudios.

Cita bibliográfica: Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry [Internet]. Gurillo et al. Open Access article distributed under the terms of CC BY-NC-ND; 2015 Jul [cited 2015 Jul 13];2(8):718–25. Correspondence to: Dr Sameer Jauhar. e-mail: sameer.jauhar@kcl.ac.uk

Pregunta clínica (PICO): ¿El consumo de tabaco afecta a la psicosis?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: En PUBMED: Términos de búsqueda: Psychosis and tobacco. Límites: Meta-Analysis, Systematic Reviews.

LA REVISIÓN:

• **Fuentes de datos:** Embase, MEDLINE y PsycINFO; año publicación de 1980 a 2014. Términos: "schizophrenia" OR "schizo*" OR "psychosis" AND "nicotine" OR "smoking" OR "cigarette smoking". Sin ninguna restricción de idioma.

• **Selección de estudios:** Examen de resúmenes y recuperación texto completo de los estudios pertinentes; también se verificaron las listas de referencias e historias de citas. Dos autores (PG y SJ) seleccionaron los artículos. CRITERIOS INCLUSIÓN: Estudios con criterios DSM III y CIE-8 en adelante para trastornos psicóticos. Evaluación prevalencia de tabaquismo en primer episodio psicótico: estudios con tasas de tabaquismo contacto por primera vez con servicios de salud mental y estudios con grupo control. Análisis uso diario tabaco y mayor riesgo psicosis: estudios prospectivos caso-control con tasas de consumo tabaco/día). Análisis consumo diario de tabaco e inicio temprano de psicosis: estudios caso-control prospectivos y estudios transversales. Análisis inicio temprano de tabaquismo y riesgo de psicosis: estudios caso-control prospectivos. CRITERIOS EXCLUSIÓN: Psicosis inducida por sustancias, psicosis orgánica, problemas de aprendizaje y estudios con datos insuficientes.

• **Extracción de datos:** De acuerdo a un protocolo específico: 1º: Identificación proporción fumadores y no fumadores con primer episodio psicótico. 2º: Comprobación riesgo de psicosis en fumadores diarios y no fumadores de estudios prospectivos longitudinales. 3º: Edad media (con SD) de inicio de psicosis en fumadores diarios y no fumadores. 4º: Inicio consumo de tabaco en diagnósticos de psicosis frente a los controles, comparando fumadores con no fumadores.

Para cada estudio, se extrajeron los datos específicos para incluir en el modelo: Autor, país y año de publicación, tipo de estudio, características demográficas, evaluaciones clínicas y uso de drogas.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No sé; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS: La muestra total incluyó 14 555 consumidores de tabaco y 273 162 no consumidores. La prevalencia de tabaquismo en los pacientes que presentan su primer episodio de psicosis fue 0.57 (IC del 95%: 0.52-0.62; $p < 0.0001$). En los estudios de casos y controles, la odds ratio global para el primer episodio de psicosis en fumadores en comparación con los no fumadores era 3.22 (IC del 95%: 1.63-6.33), con alguna evidencia de sesgo de publicación (Prueba de Egger $p = 0.018$, test de Begg $p = 0.007$). Para los estudios prospectivos, se calculó un riesgo relativo global de nuevos trastornos psicóticos en fumadores diarios frente a los no fumadores de 2.18 (IC del 95%: 1.23-3.85). Fumadores diarios desarrollaron enfermedad psicótica a una edad más temprana que lo hicieron los no fumadores (diferencia de medias ponderada: -1.04 años; IC del 95%: -1.82 a -0.26). Las personas con psicosis no comenzaron a fumar a una edad significativamente más temprana que los controles sanos (-0.44 años; IC del 95%: -1.21-0.34).

COMENTARIOS: La principal limitación es el pequeño número de estudios prospectivos longitudinales incluidos en el análisis de riesgo de desarrollar psicosis entre fumadores y no fumadores. No se ha podido establecer el efecto de factores de confusión como el uso de drogas, pudiendo generar sesgos.

Realizado por: Juan Antonio Albaladejo Martínez.

Email de contacto: juanalbala@hotmail.com

Fecha realización: 24 de noviembre 2015.

Fecha de actualización: noviembre 2017.

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-8: CONSEJO INDIVIDUAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, LAS MEJORES ESTRATEGIAS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL ENTORNO LABORAL

Conclusiones clínicas: Existe evidencia de calidad para el análisis de diversas estrategias de intervención en el entorno laboral, demostrándose como las más efectivas el consejo individual y los tratamientos farmacológicos (incluyendo TSN). Otras intervenciones como la terapia grupal, uso de incentivos, intervenciones múltiples o de autoayuda también han demostrado su eficacia pero en menor grado.

Cita bibliográfica: Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.

Pregunta clínica (PICO):

¿Cuál es la intervención más eficiente para ayudar a un trabajador a dejar de fumar en el entorno laboral?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: La búsqueda se realizó en la base de datos de Cochrane Library de los términos "smoking cessation AND workplace", con dos resultados, seleccionándose éste artículo que es el que más se ajusta a la motivación de la pregunta clínica.

LA REVISIÓN:**• Fuentes de datos:**

Como en la búsqueda sólo incluía meta-análisis de alta calidad y esta revisión se ajustaba a las necesidades de la pregunta planteada, la búsqueda se limitó sólo a la base de datos de Cochrane que fue por la que empecé la búsqueda.

• Selección de estudios: (Criterios de inclusión; Criterios de exclusión)

Meta-análisis metodológicamente correctos (confiando en la rigurosidad de la Cochrane en la elaboración y publicación de sus revisiones. El grupo de trabajo que realiza este tipo de trabajos es de reconocido prestigio.

• Extracción de datos:

Aparecen en el artículo resumen y análisis de datos, además de los resultados de los estudios individuales que se analizan.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS:

Interventions	Relative effect (95% CI)	No. of Participants (events)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
Group Review Follow-up: 6-24 months	RR 1.71 (1.59 to 1.83)	1089 (2 events)	LOW moderate ⁺⁺	
Individual counseling Follow-up: 6-24 months	RR 1.88 (1.57 to 2.24)	2074 (2 events)	LOW moderate ⁺⁺	
Self-help interventions Follow-up: 6-24 months	RR 1.52 (1.33 to 1.72)	1089 (2 events)	LOW high ⁺	
Pharmacological interventions Follow-up: 6-24 months	RR 1.88 (1.59 to 2.21)	1082 (2 events)	LOW high ⁺	Linking to: 95% CI of relative risk (RR) = 0.5 to 2.25
Interventions Follow-up: 6-24 months	RR 1.88 (1.73 to 2.03)	1079 (2 events)	LOW moderate ⁺⁺	
Multiple interventions Follow-up: 6-24 months	RR 1.88 (1.73 to 2.03)	1074 (2 events)	LOW moderate ⁺⁺	

COMENTARIOS:

El análisis del artículo se realiza en base al contexto de trabajo del grupo de "Hospital sin Humos" que está desarrollando estrategias para ayudar a los profesionales que lo deseen a dejar de fumar.

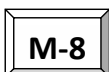
Realizado por: Joaquín Almela Bernal

Email de contacto: joaquin.almela@carm.es

Fecha de realización: enero 2016

Fecha de actualización: enero 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-9: LA TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA (SMR) ES ÚTIL PARA SINTETIZAR DATOS SOBRE SUICIDIO, DE DISTINTOS ESTUDIOS QUE DIFIEREN EN TIEMPO Y ESPACIO, DENTRO DE UN META-ANÁLISIS.**Conclusiones clínicas:**

Los Meta-análisis se presentan como la síntesis cuantitativa definitiva de un determinado tema de investigación, pero en última instancia, los resultados dependen de una serie de puntos de decisión críticos.

Los meta-análisis ganan popularidad entre investigadores y se citan cada vez más, pero el uso de métodos analíticos rigurosos es crítico para obtener resultados válidos y fiables.

Cita bibliográfica:

Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB, et al. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry*. 2014 Nov;55(8):1773–84.

Nombre y Fax del investigador principal: AparnaKeshaviah; Tel.: +1 617 724 1744; fax: +1 617 726 1595.

Pregunta clínica (PICO):

En un meta-análisis en el que se tiene en cuenta la mortalidad por suicidio en una determinada enfermedad de Salud Mental, ¿qué aspectos son especialmente sensibles a la hora de redactar nuestros resultados?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

"Adult"[Mesh] AND "Suicide"[Mesh]; Publication Types: Meta-Analysis

LA REVISIÓN:

•**Fuentes de datos:** Datos de todos los estudios incluidos en meta-análisis previos son doblemente extraídos de textos originales por dos evaluadores (A. K. y M. K.).

•**Selección de estudios:** Estudios de los Meta-análisis de Arcelus et al. y Preti et al.; Estudios revisados por pares; Publicados en inglés entre 1966 y 2010; Mínimo de 1 año de seguimiento; Con al menos de 15 personas; Con suficiente información para cálculo de SMR; Diagnóstico TCA (AN, bulimia nerviosa o trastorno por atracón).

•**Extracción de datos:** Concordancia de cualquier inconsistencia en entrada o interpretación de datos, a través de los evaluadores; Eliminan estudios duplicados; Recuperan un estudio perdido en originales; Empleo de diversas estrategias para obtener datos de covarianza: Media Ponderada, Covarianza en rango, Contacto con autores

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? No sé; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS:

Pacientes con AN: Tienen 5,2 veces más probabilidades de morir prematuramente por cualquier causa, y 18.1 veces más probabilidades de morir por suicidio, en comparación con el grupo de mujeres de entre 15-34 años de la población estudiada. Nuestra estimación fue: 10% más baja que el SMR por todas las causas informado por Arcelus et al. y 49% más baja que la proporción de la tasa de suicidio-específica informada por Preti et al.

COMENTARIOS:

La proporción de estudios sobre cualquier tema crece exponencialmente. Con la ayuda de los meta-análisis podemos sintetizar la información aportada por múltiples estudios, estudios que en ocasiones son muy diversos y hay que utilizar diversas estrategias para poder homogeneizar y compilar sus aportes como el indicador SMR, que indica este estudio. Asimismo nos indica la necesidad de una estrategia adecuada a la hora de analizar estadísticamente eventos infrecuentes. Por último indicar, que cada vez se realizan más meta-análisis, con lo que tendrán que surgir nuevas estrategias que asimilen y combinen los resultados de distintos meta-análisis sobre un mismo tema, o una herramienta que permita actualizar los meta-análisis con el paso del tiempo, incluyendo aportes de nuevos estudios.

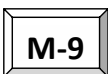
Realizado por: Francisco Javier Álvarez Muñoz

Email de contacto: franciscoj.alvarez@carm.es

Fecha de elaboración: 1 de marzo 2016

Fecha de actualización: marzo 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-10: LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS PODRÍAN ESTAR ASOCIADAS CON COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS.

Conclusiones clínicas: Experiencias psicóticas (EP) están asociadas con el comportamiento auto lesivo, lo que sugiere que tienen potencial como marcadores pasivos de las tendencias suicidas. Sin embargo, la asociación se confunde y existen varios problemas metodológicos, en particular cómo separar EP de la gama completa de la psicopatología conectada en la determinación de cualquier forma de asociación específica con la conducta auto lesiva.

Dada la evidencia de que las EP son un indicador de la gravedad de la psicopatología no psicótica, la asociación entre EP y la conducta auto lesiva probablemente refleja una mayor probabilidad de conducta auto lesiva en estados de angustia mental más severos.

Cita bibliográfica: Honings S, Drukker M, Groen R, van Os J. Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis. *PsycholMed*. 2016 Jan; 46(2):237-51. Doi: 10.1017/S0033291715001841. Epub 2015 Sep. 30.

Pregunta clínica (PICO): ¿Influyen las experiencias psicóticas en población general con el riesgo de suicidio?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: En PUBMED. Palabras clave: suicide AND "psychotic experiences".

La revisión:

•**Fuentes de datos:** Búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en PubMed, PsycINFO y EMBASE sin restricciones por la fecha de publicación o cualquier otro filtro mediante los siguientes términos:

(Psychoticexp* OR subclinicalpsych* OR subthresholdpsych* OR attenuatedpsych* OR psychotic-like OR psychoticsympt* OR delusion* OR 16hallucinate* OR schizotyp*) AND (suic* OR parasuic* OR self-harm OR selfharm OR self-injur* OR selfinjur*).

•**Selección de estudios:** Los trabajos fueron incluidos en el meta-análisis si informaban de la asociación entre el PE y comportamiento auto lesivo; se llevaron a cabo en muestras de población general y fueron escritos en holandés, inglés o alemán. Se excluyeron los estudios que se llevaron a cabo en poblaciones clínicas o de salud mental (incluyendo las poblaciones de ultra alto riesgo) o no contenían datos cuantitativos (es decir, estudios cualitativos).

•**Extracción de datos:** Realizada por 2 revisores independientes (S. H. y R. G.) utilizando un formulario estandarizado. Se registraron las variables de exposición relevantes, variables resultado, tamaños del efecto asociado y su IC del 95% o los errores estándar de los tamaños del efecto. En el caso de desacuerdo después de la extracción de datos, el consenso era alcanzado entre los dos revisores y cuando era necesario fue consultado un tercero, mayor.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? No; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

Las pruebas: El riesgo de la conducta auto lesiva era 3,20 veces mayor en las personas con EP comparación con los que no. Un subanálisis mostró que las EP se asociaban con la autolesión, ideación suicida, así como los intentos de suicidio. Todos los estudios tenían un considerable margen para la confusión residual; los tamaños del efecto ajustados para la depresión fueron significativamente más pequeños que los tamaños del efecto sin ajustar para la depresión. En los estudios longitudinales, el ajuste para la psicopatología resultó en una reducción del 74% en exceso de riesgo.

Comentarios: Se requieren más investigaciones para determinar en qué grado la asociación existente entre las EP y comportamientos auto lesivos es específica y sin factores de confusión y para examinar en qué medida refleja su asociación con la gravedad de la psicopatología, de la cual las EP son un indicador.

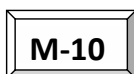
Realizado por: Juan Antonio Albaladejo Martínez

Email de contacto: juanalbala@hotmail.com

Fecha de realización: 19 de abril 2016

Fecha de actualización: abril 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-11: LA VORTIOXETINA PUEDE TENER UN EFECTO POSITIVO SOBRE ALGUNOS DOMINIOS DE LA FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)

Conclusiones clínicas: los datos obtenidos en este meta-análisis sugieren que la vortioxetina podría tener un efecto positivo sobre la velocidad psicomotora y función ejecutiva. Su efecto sobre el control cognitivo no alcanzó significación estadística y, en su efecto sobre la memoria, no se encontraron diferencias con duloxetine.

Cita bibliográfica: Joshua D Rosenblat, MD; Ron Kakar, MD; Roger S McIntyre, MD, FRCP. The Cognitive Effects of Antidepressants in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2015, 1–13.
Correspondence: Roger S McIntyre (roger.mcintyre@uhn.ca).

Pregunta clínica (PICO): En pacientes con TDM, ¿la vortioxetina mejora la función cognitiva comparada con otros antidepresivos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed palabras clave: "vortioxetine" AND "cognitive effects".

LA REVISIÓN:

• **Fuentes de datos:** PubMed, PsycInfo, Cochrane, and Embase databases hasta 15 abril, 2015.

Palabras clave : (major depressive disorder OR unipolar depression) AND (cognitive function OR cognitive impairment OR cognitive dysfunction OR executive function OR executive dysfunction OR memory OR attention). Búsqueda manual de estudios relevantes.

• **Selección de estudios:** **Criterios de inclusión:** 1. Estudios en > 18 años con diagnóstico de TDM definido por el DSM y CIE. 2. Ensayo clínico aleatorio de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSNs), inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina, antagonistas de serotonina e inhibidores de recaptación, antidepresivos tricíclicos (ATC) y antidepresivos multimodales (vortioxetina). 3. La cognición fue evaluada usando medidas estandarizadas y validadas. 4. Se proporcionaron datos para permitir el cálculo del tamaño del efecto. 5 Manuscritos en inglés.

Criterios de exclusión: 1. Datos no publicados o resúmenes de conferencias; 2. Ensayos abiertos y estudios observacionales. 3. Estudios que usan controles sanos. 4. Fallos metodológicos. 5. Otros diagnósticos psiquiátricos o neurológicos. 6. Uso inhibidores o estimulantes de la colinesterasa concomitantes y tianeptina.

• **Extracción de datos:** 2 revisores independientes; las discrepancias se resuelven mediante debate.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS: Nueve ensayos aleatorizados controlados con placebo (2.550 participantes) evaluaron los efectos cognitivos de vortioxetina (n = 728), duloxetine (n = 714), paroxetina (n = 23), citalopram (n = 84), fenelzina (n = 28), nortriptilina (n = 32) y sertralina (n = 49). Los antidepresivos tuvieron un efecto positivo sobre la velocidad psicomotora (DME 0,16; [IC] del 95%: 0,05-0,27; $I^2=46\%$) y memoria diferida (DME 0,24; IC95%:0,15-0,34; $I^2=0\%$). El efecto sobre el control cognitivo y la función ejecutiva no alcanzó significación estadística. Después de la eliminación de vortioxetina del análisis, se perdió significación estadística para la velocidad psicomotora.

Ocho ensayos aleatorios comparativos compararon los efectos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, n = 371), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRS, n = 25), antidepresivos tricíclicos (ATC, n = 138) e inhibidores de la recaptación de dopamina y norepinefrina (NDRI, n = 46). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos cognitivos cuando se agruparon los resultados de estos estudios.

COMENTARIOS: Las limitaciones significativas fueron: heterogeneidad de los estudios y de las pruebas realizadas para medir la función cognitiva, número limitado de estudios y tamaños de muestra pequeños. Varios estudios fueron financiados por la industria. Tamaños de efecto pequeños. Sería necesario conocer mejor la correlación existente entre pruebas cognitivas y resultados funcionales.

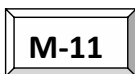
Realizado por: Marina Martínez de Guzmán

Email de contacto: marina.martinez@carm.es

Fecha de realización: 7 de noviembre 2017

Fecha actualización: noviembre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-12: EL POLIMORFISMO 5-HTTLPR PODRÍA MODULAR LA RELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN PREVIA A EVENTOS ESTRESANTES Y EL RIESGO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) MEDIANTE INTERACCIONES GENÉTICO-AMBIENTALES.**Conclusiones clínicas:**

El polimorfismo 5-HTTLPR interacciona con la exposición a situaciones de estrés para modular el riesgo de estrés posttraumático (TEPT) en el adulto. Dos tipos de estresores (situaciones vitales estresantes y adversidades en la infancia) influyen de forma independiente. El tipo de diseño (transversal o longitudinal) no varía el resultado y la clasificación funcional trialélica es más eficiente que la bialélica en la producción de una interacción genético-ambiental en el riesgo de TEPT.

Cita bibliográfica:

Zhao M, Yang J, Wang W et al. Meta-analysis of the interaction between serotonin transporter promoter variant, stress, and posttraumatic stress disorder. Scientific Reports 2017; 7:16532.

Pregunta clínica (PICO):

¿Existe una interacción genético-ambiental entre el polimorfismo 5-HTTLPR y eventos traumáticos que modula el riesgo de Trastorno por Estrés Posttraumático?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Pub-Med: "5-HTTLPR" "PTSD" "Meta-analyses"

LA REVISIÓN:

- **Fuentes de datos:** Previos meta-análisis; Búsqueda (hasta Mayo 2016) en PubMed, Wolters Kluwer, Web of Science, EBSCO, Elsevier Science Direct; Términos sin restricciones: "posttraumatic stress disorder" or "PTSD", "serotonin transporter gene" or "5-HTTLPR", "stress", "trauma", and "gene-environment interaction". Búsquedas online con Baidu Scholar.
- **Selección de estudios:** Criterios inclusión: Estudios en humanos, en inglés y publicados antes de Mayo de 2016 que analicen la relación entre 5-HTTLPR, eventos estresantes y/o adversidades en la infancia y PTSD. No explicitan criterios de exclusión.
- **Extracción de datos:** Dos evaluadores independientes evalúan criterios de inclusión y el p-valor.

Características del estudio:

1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí, basado en la STROBE, pero sólo los describen y los dejan a evaluación de los lectores; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí, pero sólo de criterios de inclusión y del p-valor, no indica la existencia de un protocolo previo; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

LAS PRUEBAS:

14 estudios identificados (15.883 participantes). Se demuestra una interacción GxE con un papel modulador del polimorfismo 5-HTTLPR. El alelo S se asocia a un aumento del riesgo de TEPT tras situaciones de estrés. Las situaciones vitales estresantes y las adversidades en la infancia interaccionan de forma independiente. El diseño transversal o longitudinal no varía los resultados y el efecto parece limitado al alelo S (S+Lg). No parece existir un sesgo de publicación (calculado mediante N Fail-Safe)

COMENTARIOS:

Es el primer meta-análisis que analiza la interacción GxE entre el polimorfismo 5-HTTLPR y PTSD. Tiene algunas limitaciones importantes, al margen de las ya comentadas: i) los criterios de calidad, basados en la STROBE, son mejorables y no evalúan su efecto; ii) en los análisis generales y en dos de los análisis (tipo estresor y de diseño) mezclan la clasificación bialélica y la trialélica. Muy interesante la utilización del Lipták-Stouffer z-score (mediante la utilización del p-valor de los estudios originales) en los estudios de interacción GxE, ya utilizada en meta-análisis de interacción GxE publicados previamente.

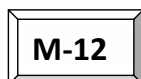
Realizado por: Fernando Navarro Mateu

Email de contacto: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 11 de enero 2018

Fecha de actualización: enero 2020

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-13: LA EFICACIA A CORTO PLAZO DE LOS ABORDAJES PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO POR PÁNICO PARECEN NO SER DIFERENTES.

Conclusiones clínicas: No parece haber diferencias a corto plazo en el resultado de los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos para el Trastorno por Pánico. A falta de evidencias más claras y de mejor calidad, la decisión debiera basarse en los costes, disponibilidad de profesionales cualificados y las preferencias individuales de cada paciente.

Cita bibliográfica: Imai H, Tajika A, Chen P, *et al.* Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:CD011170

Pregunta clínica (PICO): ¿Son las terapias psicológicas más efectivas y/o aceptables que los antidepresivos o las benzodiacepinas?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: encontrado a través de los índices del Evidence Based Mental Health.

LA REVISIÓN:

- **Fuentes de datos:** Estrategia de búsqueda: "Cochrane Common Mental Disorders Group Specialised Register" el 11 de Septiembre de 2015. Incluye a todos los ECAs de: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); MEDLINE (>1950), Embase (>1974), PsycINFO (>1967). Búsqueda cruzada de artículos relevantes en referencias bibliográficas y revisiones sistemáticas.
- **Selección de estudios:** Todos los ECAs que comparen terapias psicológicas e intervenciones farmacológicas para el tr. por pánico con y sin agorafobia diagnosticada por criterios operacionales en adultos. No se aplica ninguna restricción de fecha, lengua o situación de publicación.
- **Extracción de datos:** Dos revisores independientemente extraen los datos y resuelven los desacuerdos en consulta con un tercer revisor. Concordancia entre evaluadores: Kappa=0.81.

Características del estudio:

1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí, analizan el sesgo de publicación mediante la asimetría del *funnel plot*; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí (mediante pruebas cualitativas –*forest plots*-, cuantitativas – Test chi-cuadrado y estadístico I^2).

LAS PRUEBAS:

Ningún estudio aportó resultados a largo plazo (>6 meses). No hay evidencias entre terapias psicológicas e ISRS en: remisiones a corto plazo (RR 0.85; IC95%: 0.62-1.17; 334 sujetos), respuesta a corto plazo (RR 0.97; IC95%: 0.51-1.86; 5 estudios y 277 sujetos) y aceptabilidad (RR 1.33; IC95% : 0.80-2.22; 6 estudios y 334 sujetos). Los análisis de subgrupos y de sensibilidad diseñados a priori sugieren los ATDs podrían ser más efectivos que las terapias psicológicas para algunos resultados. Ningún estudio aporta información sobre: Eficacia a largo plazo y Calidad de vida.

COMENTARIOS:

La calidad de los estudios es baja-moderada. Se necesitan más estudios, más potentes y de mejor calidad en su diseño. Así mismos, son necesarios más estudios sobre las diferentes alternativas psicoterapéuticas y estudios que midan el efecto de las intervenciones a largo plazo, en términos de calidad de vida y con otros resultados (suicidio, abandonos,...). Este estudio ha sido seleccionado y criticado en la revista secundaria *Evidence Based Mental Health* (Hoffart A. Short-term efficacy of psychological and psychopharmacological interventions for panic disorder appears not to be different. *Evid Based Mental Health* 2017; 20(3). Doi:10.1136/eb-2017-102626).

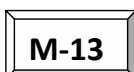
Realizado por: Fernando Navarro-Mateu

Email de contacto: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 24 de febrero 2018

Fecha actualización: febrero 2020

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-14: LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA NO TIENEN ASOCIADO MAYOR RIESGO DE CÁNCER QUE LA POBLACIÓN GENERAL, SALVO MAYOR RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES CON ESQUIZOFRENIA.

Conclusiones clínicas: Las personas con Esquizofrenia (SCZ) no mostraron en general mayor riesgo de cáncer, salvo una asociación significativa entre cáncer de mama y mujeres con esquizofrenia. SCZ se asoció a menor riesgo de cáncer de próstata y melanoma.

Cita bibliográfica: Catalá-López F, Suárez-Pinilla M, Suárez-Pinilla P, Valderas JM, Gómez-Beneyto M, Martínez S, et al. Inverse and direct cancer comorbidity in people with central nervous system disorders: a meta-analysis of cancer incidence in 577,013 participants of 50 observational studies. *Psychother Psychosom.* 2014; 83(2):89-105.

Nombre y Fax del investigador principal: Prof. Rafael Tabarés-Seisdedos. E-Mail Rafael.Tabares@uv.es

Pregunta clínica (PICO): ¿Existe mayor riesgo de cáncer en las personas con Esquizofrenia respecto a la población general?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: En PUBMED: ("Schizophrenia"[Mesh] AND "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]. Límites: Metaanalysis.

LA REVISIÓN:

• **Fuentes de datos:** Búsqueda en PubMed / MEDLINE, Scopus e ISI Web of Knowledge usando combinaciones de términos clave distribuidos en 3 bloques: 'cáncer', 'trastornos del SNC' y 'epidemiología'. Estudios epidemiológicos sobre comorbilidad del cáncer en pacientes con trastornos del SNC, publicados hasta Marzo de 2013.

• **Selección de estudios:** Criterios de selección: (1) cohorte y / o estudio observacional anidado de casos y controles sobre asociación entre cáncer y trastornos del SNC, y (2) informe de una estimación de asociación (Riesgo relativo, odds ratio, razón de incidencia estandarizada o hazard ratio) con medidas de variación (intervalos de confianza, IC). Estudios epidemiológicos realizados en la población general y / o en entornos de atención médica. Definiciones de enfermedad informadas por el investigador según criterios de diagnóstico bien aceptados (ICD, DSM). Se excluyeron los estudios con encuesta o instrumento de autoinforme.

• **Extracción de datos:** Información sobre el diseño y participantes de cada estudio se extrajo según recomendaciones por PRISMA. Datos extraídos de forma independiente por 2 investigadores, discrepancia resuelta por consenso. Datos extraídos de artículos seleccionados: autor y año de publicación; país; período de seguimiento; marco de muestreo; diseño del estudio (prospectivo o retrospectivo, cohorte o caso-control anidado); entorno (basado en la población o en el hospital); tamaño de la muestra; edad y sexo; Trastorno del SNC, criterios de diagnóstico (CIE, DSM); y resultado de interés. No acceso a datos individuales a nivel del paciente, por lo que los efectos combinados tomados de los informes publicados se usaron en su lugar. Calidad metodológica evaluada de forma independiente por 2 revisores, utilizando versión modificada de la escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales. Cualquier discrepancia fue evaluada y resuelta por un tercer revisor.

• **Características del estudio:** 1) ¿Se aborda un tema focalizado? No 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí.

LAS PRUEBAS: 16 estudios con 427,843 pacientes con Esquizofrenia (SCZ) no mostraron asociación con cáncer en general (ES = 0,98; IC del 95%: 0,90-1,07; I2 = 96,3%), con heterogeneidad sustancial entre estudios. (Q: p <0.01). Asociación significativamente mayor con cáncer de mama (ES = 1.25, IC 95%: 1.10-1.42; I2 = 89.7%). Asociación menor con cáncer de próstata (ES = 0,55; IC del 95%: 0,45-0,67; I2 = 60,4%) y el melanoma (ES = 0,72; IC del 95%: 0,62-0,83; I2 = 0,6%). No asociación entre SCZ y cáncer de cerebro (ES = 1,00; IC del 95%: 0,76-1,31; I2 = 78,4%), colorrectal (ES = 0,95; IC del 95%: 0,80-1,13; I2 = 86,6%) o pulmón (ES = 0,92, IC 95%: 0,72-1,17; I2 = 94,6%).

COMENTARIOS: No se aborda un tema focalizado, se analizan trastornos del sistema nervioso central muy diversos con diferente patogenia y su asociación con distintos tipos de cáncer con distintos factores etiológicos. Falta de datos en cada estudio, no ajustes para el hábito de fumar, los antecedentes familiares ni los factores de confusión adicionales (por ejemplo, índice de masa corporal, actividad física, consumo de alcohol). Necesario replicar hallazgos en análisis adicionales de datos a nivel individual que permitan el ajuste de posibles factores de confusión relacionados con cáncer. El presente análisis se ha aplicado a una serie de estudios en los que las variaciones sustanciales de estimaciones del efecto subyacen a las observaciones informadas (por ejemplo, heterogeneidad), particularmente en términos de la población, el entorno, los criterios de diagnóstico y los métodos aplicados.

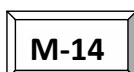
Realizado por: Juan Antonio Albaladejo Martínez

Email de contacto: jualanbala@hotmail.com

Fecha realización: 20 de marzo 2018.

Fecha de actualización: marzo 2020.

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



M-15: MAYOR PROBABILIDAD DE RESULTADOS POSITIVOS EN ESTUDIOS PATROCINADOS POR INDUSTRIA FARMACEUTICA, INDEPENDIEMENTE DEL SESGO DE PUBLICACIÓN**Conclusiones clínicas:**

Estudios patrocinados por Industria (IS): probabilidad significativamente mayor de informar resultados positivos y menos probabilidades de informar resultados desfavorables en comparación con estudios no patrocinados por industria. Aunque se cree que el sesgo de publicación es un fuerte factor de confusión, responsable de gran parte de la diferencia, los hallazgos reflejan que estas diferencias existen incluso antes de la publicación en revistas. Sin embargo, la industria no debe ser vilipendiada. Compañías farmacéuticas siguen impulsando la mayor parte de los ensayos clínicos actuales. Invierten mucho en investigación. Ensayos más grandes. Suelen adoptar diseño de no inferioridad, que aumenta la competencia, y permite fármacos más baratos y seguros.

Cita bibliográfica:

Riaz H, Raza S, Khan MS, Riaz IB, Krasuski RA. Impact of Funding Source on Clinical Trial Results Including Cardiovascular Outcome Trials. *Am J Cardiol*. 2015 Dec 15; 116(12):1944-7.

Nombre y Fax del investigador principal: H. Riaz: Tel: 216-644-7103; fax: 216-444-4120. E-mail address: riazh@ccf.org

Pregunta clínica (PICO):

¿Dependen los resultados de los estudios de la fuente de financiación?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Pregunta Univadis, búsqueda del artículo referido en Pubmed.

LA REVISIÓN:

- **Fuentes de datos:** Búsqueda de ensayos clínicos en el sitio web *clinicaltrials.gov*. Usando los filtros de estado de contratación y resultados completados, tipo intervencional, en adultos, y fase 3. También realiza *búsqueda de literatura independiente* para identificar ensayos cardiovasculares.
- **Selección de estudios:** Encuentran 226 estudios patrocinados por Institutos Nacionales de Salud (NIH). Y más de 3.000 títulos para los estudios patrocinados por la industria (IS). Solo los últimos 226 se incluyeron para la comparación 1:1. Restringimos análisis a estudios NIH o IS, que constituyen la mayor parte de estudios incluidos en *clinicaltrials.gov*.
- **Extracción de datos:** 2 grupos se consideraron "NIH" versus "IS". Los resultados se categorizaron como "favorables"; "Desfavorable"; o "no se proporcionó ningún análisis". Los datos se analizaron a través del SPSS versión 17.0. Se comparan resultados utilizando pruebas chi-cuadrado para ver si existían diferencias estadísticamente significativas. Los datos también se expresaron IC del 95%.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

LAS PRUEBAS:

OR Ratio	National Institutes of Health Studies n=226	Industry Sponsored Studies n=3000	95% CI (95% CI)
Favorable Outcomes	17 (7.5%)	1733(58%)	3.96(2.11-7.07) P<0.00001
No Analysis	428(19%)	432(14%)	0.48(0.47-0.49) P<0.00001
Not Favorable Outcomes	95(42%)	381(13%)	0.20(0.17-0.23) P<0.00001
Only Cardiovascular Trials	49(21%)	49(16%)	
Favorable Outcomes	3 (6%)	34(69%)	3.06(1.24-7.46) P<0.00001
No Analysis	9(18%)	89(18%)	1.06(0.69-1.62) P=0.77
Not Favorable Outcomes	32(66%)	33(67%)	0.97(0.69-1.37) P=0.88

Estudios patrocinados por la industria: Casi 4 veces más propensos a informar un resultado positivo (OR 3,90; IC del 95%: 2,6087 a 5,9680, p <0,00001). Casi 5 veces menos propensos a informar resultados negativos en comparación con los informes patrocinados por NIH (OR 0,20, IC del 95%: 0,1277 a 0,3323; p <0,00001).

COMENTARIOS:

Estudio que sólo analiza una base de datos (*clinicaltrials.gov*), que incluye estudios previos a su publicación, con lo que contrarresta en parte el efecto de sesgo de publicación. No indica que el estudio se haya realizado por al menos dos revisores con lo que limita la independencia de resultados. No indica que valore calidad ni tipo de estudios incluidos.

Papel muy importante de la Industria Farmacéutica en cuanto al desarrollo de ensayos clínicos y nuevos fármacos/terapias, pero también utiliza elementos que favorecen sus resultados como sesgo de publicación, autoría fantasma, del invitado, enfatización de algunos hallazgos...

Realizado por: Fco. Javier Álvarez Muñoz

Email de contacto: franciscoj.alvarez@carm.es

Fecha de realización: 27 de marzo 2018

Fecha actualización: marzo 2020

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

REVISIÓN SISTEMÁTICA

<p>TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS]</p> <p><u>Conclusiones clínicas:</u></p> <p><u>Cita bibliográfica:</u></p> <p>Nombre y Fax del investigador principal</p> <p><u>Pregunta clínica (PICO):</u></p> <p><u>Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:</u></p> <p><u>LA REVISIÓN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de datos: (Cochrane Library/Medline/Embase/CitationIndex/Compañías Farmacéuticas/Búsqueda Manual/Peticiones por correo/Archivos Propios/Fuentes en idioma no-inglés/No especificadas/Otras (Especificar)) • Selección de estudios: (<u>Criterios de inclusión</u>; <u>Criterios de exclusión</u>) • Extracción de datos: • Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? (Si/No/No sé); 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? (Si/No/No sé); 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? (Si/No/No sé); 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? (Si/No/No sé); 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? (Si/No/No sé); 6) ¿Prueba de heterogeneidad? (Si/No/No sé) <p><u>LAS PRUEBAS:</u></p> <p><u>COMENTARIOS:</u></p> <p><u>Realizado por:</u></p> <p>Email de contacto:</p> <p>(Fecha de realización)Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)</p> <p>Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios</p>

RS-1: AMISULPRIDE PUEDE SER EFECTIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISTIMIA

Conclusiones clínicas: Comparado con placebo, los pacientes tratados con dosis bajas de amisulpride (dosis habitual en estudios de 50 mg/día) experimentan una reducción significativa de los síntomas depresivos. Comparado con antidepressivos, su beneficio es similar. Los efectos secundarios más frecuentes con amisulpride, en relación a placebo, son aquellos relacionados con el aumento de prolactina (amenorrea). Comparado con antidepressivos, se asocia a un significativo aumento de peso.

Cita bibliográfica: *Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia.* Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12.

Pregunta clínica (PICO): ¿Es efectivo el amisulpride en el tratamiento farmacológico del trastorno distímico?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed, palabras clave: "Dysthymic Disorder"[Mesh] AND "Antipsychotic Agents"[Mesh]. Límites: Meta-Analysis, Systematic Reviews.

La revisión:

• **Fuentes de datos:** registros de Ensayos Controlados (referencias y estudios) del grupo de Depresión, Ansiedad y Neurosis de la Cochrane Collaboration hasta julio de 2010. Se identificaron 25.500 referencias (de las cuales, 16.500 correspondían a estudios). Estos registros de cotejaron semanalmente con los resultados de búsquedas en MEDLINE (1966-); EMBASE (1980-); y PsycINFO (1974-). Se buscó en CENTRAL cada tres meses. También se buscaron referencias a estudios en el Registro internacional de ensayos de la OMS, empresas farmacéuticas, y otras revisiones sistemáticas y meta-análisis (no Cochrane). Otras fuentes de datos: referencias incluidas en los estudios; fabricantes de antipsicóticos atípicos. • **Selección de estudios:** criterios de inclusión y exclusión: *Tipo de estudios:* doble ciego aleatorizados, comparados con placebo y con otros tratamientos. *Tipo de participantes:* Pacientes con depresión mayor unipolar según DSM III, DSM IV o CIE-10 y pacientes con distimia. Sin límite de edad. Se excluyeron a personas con diagnóstico primario o comórbido de esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental o demencia. También cuando existían diagnósticos de un trastorno primario de ansiedad en más del 20 % de participantes en el estudio. *Tipo de intervención:* el tratamiento experimental era un antipsicótico de segunda generación (amisulpride, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, paliperidona, risperidona, sertindol, ziprasidona y zotiapina) y las sustancias comparadoras eran, aparte del placebo: una benzodiacepina o uno de estos antidepressivos: Tricíclicos/heterocíclicos, ISRS, IRSN, IMAO, o nuevos fármacos (mirtazapina, bupropion, reboxetina). Los antipsicóticos podían haber sido introducidos en monoterapia o como estrategia combinada de potenciación. • **Extracción de datos:** dos autores revisaron todas las referencias. Se vieron todas las citas relevantes, y fueron de nuevo revisadas. Ante desacuerdos, se consultaba a otros dos autores. Si era imposible decidir, se pedía el artículo completo para valorarlo. Si seguía siendo imposible decidir, se contactaba con los autores del estudio para clarificar.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

Las pruebas: de los 28 estudios incluidos en la revisión, 5 hacen referencia a la distimia, con 1313 pacientes. Amisulpride vs placebo: la ausencia de respuesta clínica importante es mayor con placebo (OR 0.29), así como la ausencia de cambio clínico importante, medida con el CGI (OR 0.29). Presencia de síntomas depresivos (como ausencia de cambio clínico importante-MADRS > 7): menor en el caso del amisulpride (OR 0.28). Se obtiene el mismo resultado cuando los síntomas depresivos eran medidos al final del estudio con la puntuación MADRS (MD -4.90) o con la HAM-D (MD -7.20). Amenorrea más frecuente con amisulpride que con placebo (OR 10.14). No diferencias en ganancia de peso ni síntomas extra piramidales. Amisulpride vs antidepressivos: en la ausencia de respuesta clínica importante, hubo una diferencia casi significativa (P=0.05) a favor de los antidepressivos (OR 0.61), pero había una gran heterogeneidad. Ausencia de cambio clínico importante (CGI), mayor con los antidepressivos que con amisulpride (OR 0.52), también con alta heterogeneidad. El uso de servicios-número de pacientes re hospitalizados, no daba diferencias significativas (OR 5.91). Los síntomas depresivos al final del estudio (MADRS), sin diferencias significativas (MD -1.28). Cuando se media el cambio al final del estudio como una reducción de al menos el 50 % en el HAM-D, no apreciables (OR 0.6). Si se media la reducción de al menos el 25 % de esa puntuación, las diferencias eran significativas a favor del amisulpride (OR 0.20). Los síntomas depresivos (HAM-D al final de estudio) no mostraban diferencias significativas (MD -0.90). En cuanto a ansiedad (puntuación HAM-A al final del estudio): no diferencias significativas (MD -0.98). La ganancia de peso ($\geq 5\%$ línea basal) era mayor con amisulpride que con antidepressivos.

Comentarios: 1. Sesgos de publicación: debido al pequeño número de estudios incluidos, no se realizó un análisis mediante funnelplot. 2. Problemas de homogeneidad y heterogeneidad: En la comparación entre amisulpride y placebo, los datos eran bastante homogéneos, y la razón de esta homogeneidad no se explicaba. En cuanto a la comparación con antidepressivos, se observó cierto grado de heterogeneidad: uno de los estudios (Ravizza 1999), difería claramente de los otros). 3. La mayoría de los estudios originales incluidos en el meta-análisis han sido financiados por empresas farmacéuticas.

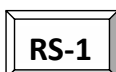
Realizado por: Francisco J Serrano Bueno.

Email de contacto: paces31@yahoo.es.

Fecha de realización: 2 de diciembre de 2014

Fecha de actualización: diciembre 2016

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-2: LA EVIDENCIA SUGIERE POBRE EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA GRUPAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD CLUSTER A

Conclusiones clínicas: Los estudios encontrados respaldan la eficacia de la psicoterapia dinámica grupal en hospital de día para Trastorno de Personalidad (TP) Cluster B y C, pero no para Cluster A. Se recomiendan otras orientaciones teóricas y mayor duración para TP Cluster A, aunque con baja evidencia. Su eficacia es similar a la encontrada en psicoterapias en pacientes hospitalizados, por lo que podría ser más costo-eficiente. Es necesaria mayor investigación.

Cita bibliográfica: RoelVerheul y MarjoleinHerbrink (2007) The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, February 2007; 19(1): 25–38

Pregunta clínica (PICO): ¿Qué enfoque de psicoterapia es efectiva para los trastornos de personalidad Cluster A (Esquizoide, Paranoide, Esquizotípico) en un Hospital de Día?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Tripdatabase: (ClusterA)(Psychotherapy) (TAU) PubMed; Cluster A (Title/Abstract) Psychotherapy (Title/Abstract).

LA REVISIÓN:

•**Fuentes de datos:** PsycINFO, Medline, Embase: Palabras claves: 'Personality disorder', 'personality pathology', and 'axis II' y 'trial', 'therapy', 'treatment', 'efficacy', 'effectiveness'.

•**Selección de estudios:** Criterios de inclusión: 1) una descripción clara de al menos uno de los tratamientos estudiados, 2) un tratamiento como mínimo (en parte), destinado a patología de la personalidad, 3) una línea de base, y una medida de seguimiento, 4) la mitad de los sujetos que cumplieran los criterios para un trastorno de la personalidad según el DSM-II, el DSM-III-R o DSM-IV. Filtros: 1) Edad: 18 o más, 2) Idioma: holandés, inglés y alemán, 3) Año de publicación: desde 1978. Criterios de exclusión: 1) Estudios forenses, 2) Estudios de farmacoterapia solamente, 3) Estudios sobre eficacia de un único trastorno de personalidad, como por ejemplo TLP

Evalúa la calidad de los estudios en función del diseño y el nivel correspondiente de evidencia según el sistema de Cochrane.

•**Extracción de datos:** 4 revisiones, 2 meta-análisis, 33 estudios. De los cuales sólo 6 estudios abordan la eficacia de psicoterapia en Hospital de Día. TP más prevalentes: borderline, dependiente, evitación, y no-especificado (NE) (20-30%); seguidos de paranoide, obsesivo-compulsivo y esquizotípico (10%), y los menos frecuentes: esquizoide, antisocial, narcisista, e histriónico (0-5%). Eficacia de psicoterapia en Hospital de Día (HD): Evidencia: 6 estudios.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No sé; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No sé; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No.

LAS PRUEBAS: Nivel 2: Es probable que la psicoterapia de corta duración, de orientación psicodinámica en HD, sea eficiente en pacientes con TP Cluster A, B, C y NE. Nivel 3. Los estudios de efectividad disponibles se llevan a cabo principalmente en TEP Cluster B, C, y NE. La evidencia sugiere que los pacientes con TP Cluster A y B severos se benefician menos psicoterapias de corto plazo, de orientación psicodinámica, en hospital de día. Nivel 3: La psicoterapia de larga duración en hospital de día y en pacientes hospitalizados no difiere en eficacia.

COMENTARIOS: El estudio carece de rigurosidad metodológica al presentar los resultados de la búsqueda (estudios descartados), al no realizar la valoración y selección de los artículos por dos evaluadores independientes para garantizar la objetividad, y al omitir buscar literatura gris o valorar el posible sesgo de publicación. Por otro lado, los criterios de inclusión son laxos, permitiendo muestras poco representativas de TP (prevalencias bajas); y en concreto el Cluster A está pobremente representado. Por tanto, los resultados obtenidos son poco concluyentes.

Realizado por: Fabiola B. Soler Ferrería

Email de contacto: fabiola.solerferreria@gmail.es

Fecha de realización: 16 diciembre 2014

Fecha de actualización: diciembre 2016

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-3: EL TRATAMIENTO CON BUPROPION EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS TIENE UN RIESGO BAJO DE DESENCADENAR PSICOSIS SI ESTÁN ESTABLES Y ASOCIADO A ANTIPSICÓTICOS. RESPECTO A SUS EFECTOS ANTIDEPRESIVOS LAS EVIDENCIAS SON LIMITADAS.

Conclusiones clínicas:

Pacientes esquizofrénicos estabilizados tratados con Bupropion añadido a antipsicóticos tiene un riesgo bajo de desarrollar psicosis comparado con otros antidepresivos. Respecto a sus efectos antidepresivos en pacientes esquizofrénicos hay limitadas evidencias que soporten su uso asociados a APS.

Cita bibliográfica:

Cita bibliográfica: Englisch S, Morgen K, Meyer-Lindenberg A, Zink M. Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature. Clin Neuropharmacol. 2013 Nov-Dec; 36(6):203-15.

Nombre y Fax del investigador principal: English S' Department of Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, University of Heidelberg, Mannheim, Germany.

Pregunta clínica (PICO):

¿Es el Bupropion un fármaco seguro/eficaz para tratar pacientes esquizofrénicos con adicciones y/o depresión?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Términos de búsqueda: [MeSH ("bupropion"/"wellbutrin"/"elontril"/"zyban") and ("psychosis"/"schizophrenia"/"psychoticdisorder").

LA REVISIÓN:

•**Fuentes de datos:** Medlineovid/PubMed, "The Cochrane library", "scholar.google.com".

•**Selección de estudios:** Artículos publicados entre 1980 hasta 30 de Septiembre de 2012 acerca del uso de BUP en pacientes esquizofrénicos ESQ (DSM-III, DSM-IV-R, CIE-10) desestimando artículos que excluyeran psicóticos o irrelevantes, incluyendo BUP asociado a psicosis. No limitaciones de idioma mientras el abstract estuviera disponible en inglés. Consultaron la web GlaxoSmithKline (GSK) para localizar estudios no publicados. Seleccionaron 64 estudios: 22 a propósito de un caso, 5 series de casos, 3 estudios abiertos, 13 ensayos controlados aleatorizados, 6 revisiones. Fueron evaluados sistemáticamente y clasificados en dos grupos: Tabla 1 (BUP-asociado a psicosis) Tabla 2 (usos exitoso de BUP en ESQ).

•**Extracción de datos:**

Consideraron Exitoso: ausencia de nueva aparición de síntomas psicóticos o deterioro. Solo se incluyeron pacientes que hubieran recibido al menos una dosis de BUP.

Se omitieron los pacientes aleatorizados a los grupos control y los que no estaba claro el tratamiento.

Los abandonos no relacionados con síntomas psicóticos se consideraron exitosos

Solo los abandonos debidos a BUP-asociado a psicosis fueron incluidos en los tratamientos fracasados. Promedio de dosis fue calculado como media ponderada con el número de pacientes tratados con BUP en cada estudio. Se excluyeron 4 pacientes con sobredosis accidental o con intención suicida. Cuando había insuficiente información disponible se contactó con el autor para clarificar datos.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? No; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? No; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Si; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

LAS PRUEBAS: Encontraron 30 casos de BUP asociado a psicosis (solo 2 de los 30 llevaban APS).

Frente a 229 pacientes que fueron tratados exitosamente con BUP ya sea para dejar de fumar o como antidepresivo (excepto 9 pacientes, todos estaban estabilizados clínicamente y con APS y respondieron favorablemente a BUP sin desarrollar síntomas psicóticos. De los casos asociados a psicosis el 57% fue tratado con BUP-liberación inmediata, 33'7'0 BUP-liberación sostenida, 3'7'0 BUP- liberación prolongada. Respecto a sus efectos antidepresivos en pacientes esquizofrénicos hay limitadas evidencias que soporten su uso asociados a APS.

COMENTARIOS: Limitaciones: posible sesgo de publicación hacia las complicaciones asociadas con el tratamiento con BUP, condiciones específicas de los ensayos clínicos controlados y los pacientes heterogéneos.

El tema que se aborda no está focalizado, es muy amplio. Aunque es poco probable que se pasaran por alto estudios relevantes, no son apropiados los criterios de inclusión de los artículos a seleccionar mezclando estudios de baja y alta calidad. No se evaluó la validez de los estudios ni fueron reproducibles. No constan el número de evaluadores. No se analiza la heterogeneidad. La revisión es más parecida a una revisión tradicional.

Realizado por: Dra. Laura Martínez Franco.

Email de contacto: lmfranco@hotmail.com

Fecha de realización: febrero de 2015;

Fecha de revisión: febrero 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-4: HAY EVIDENCIAS A FAVOR DEL MODELO PROPENSIÓN-PERSISTENCIA-DETERIORO PARA EL DESARROLLO DE PSICOSIS (PSICOSIS CONTINUUM).

Conclusiones clínicas: El desarrollo transitorio de la expresión de psicosis (propensión), puede llegar a ser anormalmente persistente y clínicamente relevante causando deterioro dependiendo del grado de exposición al riesgo ambiental adicional.

Cita bibliográfica: Van Os J, Linscott R, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*. 2009; 39 (2): 179-95. Correo electrónico: Dr J. van Os: J.vanos@sp.unimaas.nl.

Pregunta clínica (PICO): ¿Cómo influyen los factores genéticos y ambientales para el desarrollo de cuadros psicóticos en la población general?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PUBMED: ("Schizophrenia"[Mesh] AND "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[Mesh]) AND "Psychotic Disorders"[Mesh] AND ("epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "epidemiology"[MeSH Terms]) AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND "2005/10/11"[PDat] : "2015/10/08"[PDat]).

La revisión:

•**Fuentes de datos:** Medline. Año de publicación entre 1950 y 2007. Intersección de dos conjuntos de publicaciones: (1) palabra clave truncada: "Delus ',' hallucinat ',' paranoi ',' psicópatas', 'psychot', 'Schizophr' o 'schizotyp'. (2) palabra clave: 'incidence', 'prevalence', 'sensitivity' or 'specificity'. Se limitó la búsqueda a estudios de investigación humana que incluían una o más frases clave.

•**Selección de estudios:** **Criterios de inclusión:** Muestra con datos completos sobre al menos 100 participantes. Estudios que informaron sobre tasas de incidencia o prevalencia exacta (o aportan datos o resultados de los que las tasas podrían ser determinadas) para psicosis. Investigaciones originales.

Criterios de exclusión: Estudios con sujetos reclutados a través de servicios de salud secundarios o terciarios, prisiones, instalaciones cuidadas de ancianos. Estudios sin información suficiente para determinar: tasa de prevalencia o incidencia, tamaño de muestra o cumplimiento de criterios de inclusión. Más de 20% de participantes \geq 65 años. Medidas de resultado psicosis fusionado con otros resultados (hipomanía o despersonalización). Casos de Psicosis relacionados con alucinaciones del sueño.

•**Extracción de datos:** 2,442 artículos potencialmente pertinentes: lectura título, si es necesario abstract y/o artículo para identificar estudios de síntomas psicóticos en población general. De cada artículo se recoge nombre de la cohorte y características.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Si; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Si; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

Las pruebas: **Validez Epidemiológica:** El modelo de psicosis como un continuo explica alta prevalencia e incidencia de psicosis y experiencias psicóticas relacionadas. Independientemente de evaluación del fenotipo, prevalencia e incidencia anual de experiencias psicóticas mucho más alta que fenotipo clínico de trastorno psicótico no afectivo. Importante la distinción entre experiencia subclínicas vs. clínicas por diferencias cuantitativas en asociaciones con variables clínicas y demográficas y en tasas de transición para completar trastorno psiquiátrico. **Validez demográfica:** Si fenotipo psicosis como un continuo, relaciones entre el trastorno clínico y características demográficas debe extenderse a experiencias subclínicas. Meta-análisis evidencia asociaciones similares para síntomas psicóticos y experiencias subclínicas. **Validez etiológica:** Factores no genéticos: Meta-análisis indica que experiencias psicóticas subclínicas se asocian con los mismos factores de riesgo que se aplican a un trastorno psicótico (drogas, experiencia traumática, urbanidad), lo que sugiere que existe una continuidad etiológica entre fenotipos clínico y subclínico de psicosis. Factores genéticos: Diversos estudios genéticos muestran evidencias de continuidad etiológica entre fenotipos subclínico y clínico. **Validez comunitaria:** Las tasas de trastorno psicótico en una población son directamente relacionadas con el nivel medio de propensión de psicosis en población sana. **Validez predictiva:** Las experiencias psicóticas subclínicas son frecuentes, pero en su mayoría auto limitadas y de buen resultado, aunque una pequeña proporción desarrollan un trastorno psicótico clínico.

Comentarios: No se realizó ninguna prueba de heterogeneidad entre los estudios seleccionados. Gran variabilidad entre las variables de resultado entre los estudios.

Realizado por: Juan Antonio Albaladejo Martínez.

E-mail de contacto: juanalbala@hotmail.com

Fecha de realización: 26 de mayo 2015

Fecha de actualización: Mayo 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

RS-4

RS-5: NO HAY EVIDENCIAS DE QUE LA RETIRADA DE ALTAS DOSIS DE VITAMINA B6 PUEDA PRODUCIR UN SÍNDROME DE DEPENDENCIA O ABSTINENCIA

Conclusiones clínicas: A pesar de lo expresado en la ficha técnica de los productos farmacológicos que contienen vitamina B6 o piridoxina, no hay evidencia científica que avale la existencia de cuadros de dependencia a esta sustancia.

Cita bibliográfica: Toxicity of vitamins: complications of a health movement. Evans, C. D. H; Lacey, J. H. British Medical Journal, Feb 1986; Vol 292

Pregunta clínica (PICO): ¿Hay evidencia de que la piridoxina (vitamina B6) pueda producir síndrome de retirada o dependencia al emplear dosis altas en pacientes adultos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: En *PubMed*: ("Pyridoxine"[Mesh] OR "Vitamin B 6"[Mesh]) AND ("Dependency" OR "Dependence"); ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND "Pyridoxine"[Mesh]; ("Pyridoxine"[Mesh] OR "Vitamin B 6"[Mesh]) AND ("Withdrawal"). ("adverse effects" [Subheading]) AND "Vitamin B 6"[Mesh]. En *EMBASE*: Pyridoxine AND (dependence OR dependency). Se obtienen tres trabajos relevantes para el tema, entre ellas una revisión no sistemática, que es la que se ha analizado. También se obtiene un "Case report", y una Carta al editor haciendo una crítica de la revisión mencionada.

La revisión:

- **Fuentes de datos:** Se trata de una revisión narrativa o no sistemática. No se explican las fuentes de datos consultadas.
- **elección de estudios: Criterios de inclusión y exclusión:** No se establecen criterios de inclusión ni exclusión. Sólo se mencionan las 17 referencias bibliográficas consultadas. Entre ellos hay artículos teóricos sobre psiquiatría ortomolecular y otros experimentales, como un estudio doble ciego sobre el efecto de altas dosis de vitamina B6 en el tratamiento del autismo. Estudios con datos cualitativos y otros cuantitativos. Se proporciona una tabla, extraída de un artículo de caso único, en el que se menciona la dependencia como uno de los posibles efectos tóxicos del tratamiento con altas dosis de vitamina B6. Revisando ese artículo (*Complications of Megavitamin Therapy*, Davidson, RA, Southern Medical Journal, Feb 1984; Vol 77, nº2), se observa, que ese efecto secundario no está documentado ni apoyado en trabajos previos.
- **Extracción de datos:** No se explicita cómo se extraen los datos.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? No, se trata de un tema muy amplio. **2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión?** No aplicable **3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes?** Es bastante probable; **4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos?** No; **5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales?** No; **6) ¿Prueba de heterogeneidad?** No

Las pruebas: No aplicable al tratarse de una revisión narrativa.

Comentarios:

- En las búsquedas realizadas no se han encontrado trabajos con una mínima validez para poder extraer conclusiones.
- De las revisiones no sistemáticas y de los *Case report* no pueden extraerse conclusiones válidas y menos aún explicaciones de causalidad. Si pueden servir para elaborar hipótesis que deberán ser contrastadas con ensayos clínicos metodológicamente válidos.
- A pesar de que en la ficha técnica de los productos que contienen vitamina B6 o piridoxina se menciona sistemáticamente el riesgo de dependencia o abstinencia tras el uso de la sustancia, no hay evidencias científicas que avalen esta información. Las explicaciones pueden ser varias.
- Un autor (Shipman et al) analizando la revisión comentada, llama la atención sobre el riesgo de que una información incorrecta sea repetida en trabajos posteriores como consecuencia de no haber revisado las fuentes originales.
- Otra posible explicación de la ausencia de evidencia sobre dependencia por vitamina B6 podría ser el uso de términos confusos. Las búsquedas sobre "dependence" o "dependency" a vitamina B6, conducen sistemáticamente a resultados relacionados con los "B6 dependency síndromes", que son cuadros metabólicos que responden al tratamiento con piridoxina. Ningún artículo trata sobre un síndrome de dependencia o abstinencia secundario al tratamiento con esta vitamina.

Realizado por: Francisco J Serrano Bueno (pases31@yahoo.es) y Marina Martínez de Guzmán

Fecha de realización: 17 de noviembre de 2015

Fecha de actualización: noviembre 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-6: LA EXPOSICIÓN EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO A OLANZAPINA, QUETIAPINA Y RISPERIDONA NO PARECE ESTAR ASOCIADO A UN MAYOR RIESGO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS. LOS DATOS PARA ARIPIRAZOL SON LIMITADOS.

Conclusiones clínicas: los datos obtenidos en esta revisión sistemática sugieren que la exposición en el primer trimestre de olanzapina parece no estar asociado con un mayor riesgo de malformaciones congénitas. Los datos de quetiapina y risperidona no sugieren un riesgo sustancialmente mayor, mientras que la estimación del riesgo de aripirazol sigue siendo imprecisa, por falta de estudios.

Cita bibliográfica: ZandraNymand Ennis MD and Peter Damkier MD PhD. PregnancyExposure to olanzapine, quetiapine, risperidone, aripirazole and risk of congenital malformations. A systematic review. Basic &Clinical Pharmacology & Toxicology, 2015,116:315-320.

Pregunta clínica (PICO): ¿Qué antipsicótico es más seguro durante el embarazo en mujeres con trastornos psiquiátricos?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed palabras clave: antipsychotics AND pregnancy. Filtro: meta-análisis

LA REVISIÓN:

•**Fuentes de datos:** Medline/PubMed, Embase, PsychINFO, CINAHL, Registro de nacimientos sueco. Palabras clave: olanzapine, quetiapine, risperidone, aripirazole, psychotropicdrugs, malformations and congenital anomalies. Límites: estudios humanos y lengua inglesa

•**Selección de estudios:** Criterios de inclusión: serie de casos, caso-control y cohortes con datos originales de la exposición durante el primer trimestre de embarazo a esos 4 fármacos.

Criterios de exclusión: estudios sin datos de antipsicóticos de segunda generación, no información sobre exposición durante el primer trimestre, no datos originales.

•**Extracción de datos:** un investigador documentalista y dos farmacólogos clínicos.

Revisados independientemente por los dos farmacólogos clínicos.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3)¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? Sí; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No; 5)¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No

LAS PRUEBAS: olanzapina:1090 mujeres embarazadas expuestas durante el primer trimestre; se identificaron 38 malformaciones; tasa de malformación de 3,5%. Para quetiapina, risperidona y aripirazol fueron 443/16 (3,6%), 432/22 (5,1%) y 100/5 (5,0%), respectivamente. Las estimaciones de riesgos relativos y los intervalos de confianza del 95% fueron de 1,0 (0,7-1,4) (olanzapina), 1,0 (0,6-1,7) (quetiapina), 1,5 (0,9-2,2) (risperidona) y 1,4 (0,5-3,1) (aripirazol).

COMENTARIOS: el estudio presenta las siguientes limitaciones: 1) falta de grupos de control adecuados; 2) no control de factores de confusión como edad materna, peso, consumo de tabaco y alcohol y medicación concomitante; 3) otros efectos como abortos involuntarios, partos prematuro, retraso en el desarrollo no son evaluados; 4) pocos estudios; muestra pequeña; 5) no se valora la calidad de los estudios. Por tanto, la información incluida es insuficiente para extraer conclusiones.

Realizado por: Marina Martínez de Guzmán

Email de contacto: marina.martinez@carm.es

Fecha de realización: 16 de febrero 2016

Fecha actualización: febrero 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

RS-6

RS-7: NO HAY EVIDENCIAS DE LA UTILIDAD DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO O PRESENCIA DE IMPULSIVIDAD O INESTABILIDAD AFECTIVA PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR**Conclusiones clínicas:**

Las características de la inestabilidad afectiva y las oscilaciones en los estados afectivos podrían ser buenos parámetros diferenciadores entre Trastorno borderline de la personalidad (TBP) y Trastorno bipolar (TB). En el trastorno bipolar suelen alternarse episodios de depresión con otros de eutimia y elación. En el trastorno borderline son más frecuentes la ira y la ansiedad. Estudios neurobiológicos sugieren que la inestabilidad afectiva en el trastorno bipolar está regulada internamente, mientras que en el trastorno borderline se produce en respuesta a eventos sociales.

Por otro lado, según los estudios, la impulsividad y la respuesta al tratamiento serían indicadores menos específicos para el diagnóstico diferencial.

Cita bibliográfica:

Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. Bayes, A; Parker, G; Fletcher K. Curr Opin Psychiatry. 2014 Jan; 27(1): 14-20. Review. PMID: 24270482

Pregunta clínica (PICO):

¿Existen diferencias entre Trastorno borderline de personalidad y Tr bipolar en cuanto a la respuesta al tratamiento y a la presencia de síntomas de impulsividad e inestabilidad afectiva?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Bipolar Disorder"[Mesh] AND "Diagnosis, Differential"[Mesh]. Filtros: "Systematic Reviews" y "Review": 17 trabajos.

La revisión:**Fuentes de datos, selección de estudios y extracción de datos:**

No se describe el procedimiento seguido en la búsqueda de información ni tampoco se mencionan las fuentes de datos. Se trata de una revisión no sistemática. No se habla de criterios de inclusión ni exclusión. Sólo dice que el objetivo de la revisión es centrarse en los "estudios recientes" que han considerado diferencias en distintas variables clínicas entre el TBP y el TB. Los autores incluyen los trabajos sin aclarar criterios de inclusión y dan más relevancia a unos que a otros de forma arbitraria.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? No 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? No; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? No; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? No aplicable

Las pruebas:

Revisión narrativa, datos cualitativos.

Comentarios:

-Se trata de una revisión narrativa, por lo que carece del rigor metodológico de otros estudios. No obstante, este trabajo señala la importancia de seguir investigando en indicadores que ayuden a diferenciar estas dos condiciones clínicas para implementar el tratamiento más adecuado. Mencionan el riesgo de diagnosticar erróneamente un TB como un TBP, lo que supondría largos periodos de tiempo sin tratamiento, cuando se podrían beneficiar de un estabilizador del ánimo. Asimismo indican que, cuando un TBP se diagnostica de TB, se tiende a instaurar tratamientos farmacológicos inadecuados e ineficaces.

-Hay pocos estudios realizados sobre el tema. No hay revisiones sistemáticas.

-No hay conflictos de intereses de los autores de la revisión.

Realizado por: Francisco J Serrano Bueno

Email de contacto: pases31@yahoo.es

Fecha de realización: 5 de abril de 2016

Fecha de actualización: abril 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-8: LA DEMENCIA (ENFERMEDAD ALZHEIMER), PUEDE ESTAR ASOCIADA CON UN LEVE RIESGO DE SUICIDIO, PERO NO CON UN MENOR RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA**Conclusiones clínicas:**

Enfermedad de Alzheimer (EA) se asocia con un riesgo moderado/bajo de suicidio (aunque no exento), los médicos que trabajan con pacientes con EA deben realizar una evaluación adecuada de su riesgo suicida, en especial de factores de riesgo específicos, como desesperanza e historia de gestos autolíticos previos. Se necesitan más estudios prospectivos para aclarar la asociación entre la EA y el riesgo de suicidio.

Cita bibliográfica:

Serafini G, Calcagno P, Lester D, Girardi P, Amore M, Pompili M. Suicide Risk in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. Curr Alzheimer Res. 2016; 13(10): 1083–99.

Nombre y Fax del investigador principal: Gianluca Serafini. https://www.researchgate.net/profile/Gianluca_Serafini

Pregunta clínica (PICO):

El hecho de tener Demencia, ¿implica un mayor riesgo de desarrollar un evento suicida (ideación, gesto, consumado)?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Pubmed: ("Dementia"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh]

LA REVISIÓN:

- **Fuentes de datos:** Búsqueda sistemática de 4 bases de datos: PubMed, Scopus, Science Direct y PsychINFO, de enero de 1980 a agosto de 2015. Bibliografías buscadas a partir de artículos recuperados. Términos empleados: Alzheimer's disease AND Suicide.
- **Selección de estudios:** 183 estudios detectados inicialmente. Estudios excluidos por: estar duplicados (19); no tener resumen o no mencionar comportamiento suicida o EA en resumen (89); no publicado en Inglés (17); publicado antes de 1980 (2); no analizar vínculo entre EA y comportamiento suicida en ancianos(24); irrelevancia del tema principal(11). Finalmente, 21 estudios cumplieron con criterios de inclusión y se seleccionaron para su inclusión en la revisión.
- **Extracción de datos:** 2 investigadores independientes (G.S y P.C) realizaron la búsqueda. Revisores cegados, analizaron estudios para su posible inclusión, consulta con revisores sénior (M.P., M.A., P.G) en caso de discrepancia. En segunda fase, G.S. y P.C. revisaron independientemente los artículos que cumplen criterios de inclusión, para decidir si se incluyen en la revisión. Desacuerdo se resolvió mediante discusión entre revisores. Se desarrolló documento de extracción de datos, M.P y P.G. extrajeron de forma independiente elementos de los 21 estudios seleccionados para esta revisión: autores y año de publicación, diseño del estudio, tamaño de muestra, seguimiento, resultado suicida, estadísticas y hallazgos principales.

Características del estudio: 1) ¿Se aborda un tema focalizado? Sí; 2) ¿Son apropiados los criterios de inclusión? Sí; 3) ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; 4) ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; 5) ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; 6) ¿Prueba de heterogeneidad? Sí

LAS PRUEBAS:

El suicidio ocurre en la enfermedad de Alzheimer incluso muchos años después del diagnóstico de demencia, y los pacientes que han intentado suicidarse una vez corren mayor riesgo de morir por suicidio. La AD se asocia con un riesgo moderado de suicidio, y los médicos que trabajan con pacientes con EA deben realizar una evaluación adecuada de su riesgo suicida. Sin embargo, se necesitan más estudios prospectivos para aclarar la asociación entre la EA y el riesgo de suicidio. Estudios: 8 transversales, 2 longitudinales, 3 retrospectivos y 8 casos y serie de casos

COMENTARIOS:

Estudio realizado con sistemática muy adecuada y correcta, pero que no llega al nivel de meta-análisis y se queda a nivel de revisión sistemática que analiza los estudios seleccionados, pero que no termina de dar una respuesta global a la respuesta inicial, en gran parte debido al haber realizado una búsqueda bastante restrictiva que ha dejado fuera muchos artículos de alta validez.

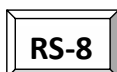
Realizado por: Fco. Javier Álvarez Muñoz

Email de contacto: franciscoj.alvarez@carm.es

Fecha de realización: 31 de octubre 2017

Fecha de actualización: noviembre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



RS-9: NO EXISTEN PRUEBAS DE QUE LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS VOLUNTARIOS, EN COMPARACIÓN CON LOS INVOLUNTARIOS, MEJOREN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O LA TOMA DE MEDICACIÓN.

Conclusiones clínicas: En comparación con los pacientes ingresados de forma involuntaria, los pacientes con ingreso voluntario no presentan diferencias significativas en el seguimiento posterior ni en la cumplimentación de la medicación. Sin embargo, los pacientes ingresados de forma voluntaria, están significativamente más satisfechos con importantes aspectos de su tratamiento, como satisfacción con el personal o con la relación terapeuta-paciente.

Cita bibliográfica: Kallert, T W; Glöckner, M; Schützwohl, M. *Involuntary vs voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2008) 258:195-209

Pregunta clínica (PICO): El carácter voluntario de los ingresos hospitalarios psiquiátricos, ¿mejora la adherencia terapéutica posterior?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: (involuntary OR compulsory) AND (admission) AND (psychiatry) AND (compliance treatment) en PubMed y Cochrane Library. Filtros: revisiones, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

LA REVISIÓN: •Fuentes de datos: Se hicieron dos búsquedas de internet en marzo de 2006. La primera búsqueda fue en Medline, usando el software *Reference Manager 10*, obteniendo 2363 referencias con las palabras clave pertinentes. La segunda búsqueda se hizo en la base de datos alemana PSYNDEX plus Lit. & AV 1977-2005/12, obteniendo 864 resultados.

•Selección de estudios: **Criterios de inclusión:** 1. Estudios que valoran resultados de ingresos voluntarios vs involuntarios y tratamiento posterior; 2. Comparación estadística de ambos grupos o bien resultados separados de cada grupo; 3. En unidades de psiquiatría general; 4. Uso de ingresos o pacientes como unidad de valoración; 5. Publicadas en 1980 o después; 6. Publicados en inglés o alemán; 7. Resultados de una o varias de las siguientes variables: a. Dominio de resultados relacionados con el servicio; b. Dominio de resultados clínicos y basados en el observador; c. Dominio de resultados subjetivos: satisfacción con el tratamiento, necesidad/justificación percibidas del ingreso, o coerción percibida. **Criterios de exclusión:** 1. Estudios con pacientes de unidades de trastornos adictivos, trastornos de conducta alimentaria, *forensic*, geriatría, o pacientes infanto-juveniles; 2 Estudios que medían resultados sólo en el momento del ingreso, recogían el estatus legal del ingreso (vol/invol) después del ingreso, o comparaban los grupos en función del estatus legal del ingreso tal como era percibido por los pacientes. •Extracción de datos: los 3 autores clasificaron los 41 estudios en 6 dimensiones de calidad. En cada dimensión los estudios puntuaban desde 0 a 1. Las dimensiones eran: A. Claridad de los criterios de inclusión y exclusión. B. Tasa de deserción relacionada con todos los sujetos. C. Tamaño de la muestra en el seguimiento. D. Definición de los periodos de seguimiento. E. Instrumentos de valoración. F. Diseño del estudio. Los desacuerdos en las calificaciones de calidad fueron resueltos mediante discusión en grupo.

Características del estudio: Se aborda un tema focalizado? Sí; ¿Son apropiados los criterios de inclusión? No sé ¿Es poco probable que se hayan pasado por alto estudios relevantes? No; ¿Se evaluó la validez/calidad de los estudios incluidos? Sí; ¿Revisión múltiple e independiente de los informes individuales? Sí; ¿Prueba de heterogeneidad? No. Mencionan la alta variabilidad, por lo que no realizan meta-análisis, pero no miden la heterogeneidad.

LAS PRUEBAS: **Cumplimiento del tratamiento:** 3 estudios (QR:4,0; 3,0; 3,5 pts) usaron cuestionarios autocumplimentados u hojas de citación de los pacientes. Periodo de valoración entre 1 mes y 3,5 años tras el alta. No diferencias significativas en seguimiento entre pacientes voluntarios e involuntarios en ningún punto temporal de evaluación. **Cumplimiento de la medicación:** 5 estudios. 4 de ellos (QR: 3,0; 3,0; 3,5; 2,5 pts) no encuentran diferencias entre pacientes voluntarios e involuntarios en cuanto a cumplimentación de medicación en ningún periodo de seguimiento (10 semanas, 6 meses o 2 años tras alta) ni en relación con duración de hospitalización. Solo un estudio antiguo (1981) encuentra que los pacientes involuntarios tienen menor tasa de cumplimentación al año tras el alta hospitalaria (QR: 3,5 pts). **Satisfacción con el tratamiento:** 5 estudios (QR:1,5; 3,5; 4,0; 5,0; 4,5 pts). Sólo 2 con instrumentos estandarizados. La formulación del ítem medido difiere mucho entre estudios y no siempre mide aspectos comparables de satisfacción con el tratamiento. Se utiliza una amplia gama de periodos de seguimiento. A pesar de ello, de 4 estudios que valoran la satisfacción a las 3 o 4 semanas del ingreso o al alta, 3 de ellos mostraron un menor nivel de satisfacción, estadísticamente significativo, en el grupo de involuntarios; sólo un estudio, que usó un ítem dicotomizado, no encontró diferencias. Usando periodos de seguimiento más largos, 2 estudios mostraron significativamente menor satisfacción en involuntarios.

COMENTARIOS: Los autores establecen unas dimensiones de calidad arbitrarias, con puntuaciones también arbitrarias. Incluyen estudios que no comparaban resultados entre ingresos voluntarios e involuntarios. Importantes limitaciones metodológicas en aspectos como tamaños de muestra, periodos de seguimiento y tasas de abandono. Uso limitado de instrumentos estandarizados, sobre todo en la medición de resultados subjetivos. Tamaños del efecto entre pequeños y medianos.

Realizado por: Francisco J Serrano Bueno.

Email de contacto: paces31@hotmail.com.

Fecha de realización: 12 de diciembre 2017.

Fecha actualización: diciembre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



***ENSAYO
CLÍNICO
ALEATORIZADO***

TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE ECA].

Conclusiones clínicas:

Cita bibliográfica:

Nombre y Fax del investigador principal

Pregunta clínica (PICO):

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

EL ESTUDIO:

· **Características clínicas de los pacientes:**

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

· **Tratamiento control y duración:**

· **Tratamiento experimental y duración:**

· **Características del estudio: 1) Aleatorizado:** (Si(+secuencia de aleatorización oculta)/Si/No). **2)¿Se han tenido en cuenta a todos los pacientes al final?** (Si/No/No sé); **3)¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados al inicio?** (Si/No/No sé); **4)¿Enmascaramiento?** (Simple/Doble/No/No sé). **5)¿Eran similares los grupos al inicio?** (Si/No/No sé); **6)Aparte de la intervención experimental, ¿se han tratado los grupos de forma similar?** (Si/No/No sé); **7)Análisis por intención de tratar** (Si/No/No sé); .

LAS PRUEBAS:

COMENTARIOS:

Realizado por:

Email de contacto:

(Fecha de realización) Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

ECA-1: LOXAPINA INHALADA REDUCE LA AGITACIÓN AGUDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARADA CON PLACEBO

Conclusiones clínicas: loxapina inhalada fue más efectiva que placebo para reducir la agitación en pacientes con esquizofrenia.

Cita bibliográfica: Lesem MD, Tran-Johnson TK, riesenberg RA, feifel D, Allen MH, Fishman R, Spyker DA, Kehne JH, Cassella JV. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Br J Psychiatry 2011; 198:51-8.

Pregunta clínica (PICO): ¿Loxapina inhalada es efectiva para el tratamiento de la agitación en pacientes con esquizofrenia?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed; palabras clave: "inhaled loxapine" ; Límites: ensayo clínico

EL ESTUDIO:

- **Características clínicas de los pacientes:** pacientes con buen estado general de salud

Criterios de inclusión: edad 18-65 años; esquizofrenia (criterios DSM-IV); agitación con puntuación PANSS-EC total ≥ 14 y puntuación ≥ 4 en al menos uno de los 5 ítems. Individuos ingresados en hospital o unidad e investigación para ser incluidos; pacientes hospitalizados para tratamiento de esquizofrenia con episodio de agitación; pacientes tratados en urgencias psiquiátricas que pudieran permanecer en observación durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: agitación asociada a intoxicación aguda; prueba detección drogas en orina +; dependencia a alcohol o drogas en los 2 meses previos; riesgo grave de suicidio; utilización BZD o antipsicóticos en las 4 horas previas; uso de antipsicóticos inyectables depot; enfermedad pulmonar crónica o aguda u otra enfermedad clínicamente significativa.

- **Tratamiento control y duración:** placebo, misma duración.

- **Tratamiento experimental y duración:** loxapina inhalada (sistema Staccato) 5 o 10 mg hasta 3 veces en un periodo de 24h (segunda dosis tras 2h de la primera y tercera dosis a las 4 h de la segunda, si fuera necesario).

- **Características del estudio:** estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, de dosis repetidas (según sea necesario), de grupos paralelos, controlado con placebo realizado en 24 centros de investigación de psiquiatría en los EE.UU., entre febrero y junio de 2008. Objetivos del estudio: confirmar la eficacia y la seguridad de dosis de 5 y 10 mg de loxapina inhalado en el tratamiento de la agitación aguda en personas con esquizofrenia y confirmar la tolerabilidad de hasta 3 dosis administradas en un período de 24 h.

Punto final primario: cambio en la puntuación PANSS-EC a las 2h después de la primera dosis; punto final secundario: puntuación en la escala CGI-I. El 98% de los pacientes completaron el estudio.

Características del estudio: 1) Aleatorizado: Si +secuencia de aleatorización oculta. 2) ¿Se han tenido en cuenta a todos los pacientes al final? Sí 3) ¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados al inicio? Sí; 4) ¿Enmascaramiento? Doble 5) ¿Eran similares los grupos al inicio? Sí; 6) Aparte de la intervención experimental, ¿se han tratado los grupos de forma similar? Sí; 7) ¿Análisis por intención de tratar? Sí

LAS PRUEBAS: A las 2 horas de la primera dosis, con ambas dosis de loxapina se registró un descenso de la puntuación PANSS-EC respecto al valor basal significativamente mayor que con placebo (loxapina 5mg vs placebo, $P = 0,0004$; 10mg loxapina vs placebo, $P < 0,0001$).

Loxapina inhalada produce un rápido inicio del efecto con diferencias estadísticamente significativas frente a placebo inhalado a los 10 min después de la primera dosis (10mg loxapina vs placebo, $P < 0,0001$; 5 mg vs placebo *post hoc* comparación, $P = 0,0003$). En todos los puntos de evaluación del periodo de evaluación de 24 horas se mantuvo la diferencia significativa (loxapina 10 mg vs placebo, $P < 0,0001$; loxapina 5 mg vs placebo, $P < 0,05$). A las 2 horas de la primera dosis, la puntuación de la CGI-I fue significativamente menor en pacientes tratados con loxapina que con placebo. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier demostró que el tiempo hasta la dosis 2 del fármaco fue significativamente mayor con loxapina que con placebo. Loxapina inhalada fue bien tolerada con % semejantes de efectos adversos que placebo; los más frecuentes, disgeusia y sedación.

COMENTARIOS: Estudio bien diseñado metodológicamente; sin embargo, la muestra incluida en el estudio puede no ser representativa de la población en condiciones reales, ya que es necesaria la colaboración del paciente para la administración del medicamento y esto no siempre es posible. Además, los cambios en la puntuación de la PANSS-EC pueden no ser relevantes en la práctica clínica. Sólo se compara frente a placebo; serían necesarios más estudios para evaluar este fármaco en condiciones más reales, comparándolo frente a otros tratamientos y formas de administración, además de estudios de evaluación económica.

Realizado por: Marina Martínez de Guzmán

Email de contacto: marina.martinez@carm.es

Fecha de realización: 9 de diciembre 2014

Fecha de actualización: diciembre 2016

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



ECA-2: EL TRATAMIENTO CON ARIPIPRAZOL MENSUAL PODRÍA MOSTRAR UNA MEJORÍA SUPERIOR A PALMITATO DE PALIPERIDONA EN CUANTO A CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA MEDIDA CON LA ESCALA QSL

Conclusiones clínicas: una mejoría superior en la calidad de vida relacionada con la salud evaluada por el clínico y un perfil de tolerabilidad favorable, sugieren una mayor efectividad de aripiprazol una vez al mes en comparación con palmitato de paliperidona.

Cita bibliográfica: Naber D, Hansen K, Forray C, Baker R, Sapin C, Beillat M, et al. Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Available online 29 July 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.007>

Pregunta clínica (PICO): Aripiprazol una vez al mes ¿es más efectivo que palmitato de paliperidona en esquizofrenia?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed: aripiprazol AND "paliperidone palmitate". Limits: clinical trial

EL ESTUDIO:

Características clínicas de los pacientes: sujetos de 18-60 años, con esquizofrenia definida según criterios DSM-IV-TR.

Criterios de inclusión: pacientes estables, sin psicosis aguda, que necesitaban un cambio de tratamiento antipsicótico (TAP) oral por respuesta insuficiente, mala tolerabilidad o falta de adherencia; CGI-S≥3 y ≤5 en selección inicial y visita basal; TAP oral 3 meses antes de la selección.

Criterios de exclusión: diagnóstico de trastorno psiquiátrico o trastorno del eje I distinto a esquizofrenia; consumo de sustancias (excepto nicotina); intolerancia o falta de eficacia previa a aripiprazol, risperidona o paliperidona; tratamiento con AP depot en los 6 meses previos; exacerbación aguda; hospitalización > 3 meses; riesgo importante de causar daño a sí mismo o a otros; falta respuesta/ respuesta únicamente a clozapina.

Tratamiento control y duración: 3 semanas conversión a paliperidona oral; inicio de palmitato de paliperidona (PP) 150 mg e interrupción de oral. A la semana una inyección de PP 100mg, continuando con inyección mensual 5 semanas.

Tratamiento experimental y duración: 3 semanas conversión a aripiprazol oral; inicio de aripiprazol 400 mg (AUM) más 2 semanas de tratamiento oral. Inyección mensual 5 semanas.

Características del estudio: estudio de fase IIIb, multicéntrico, de 28 semanas, abierto, ciego para el evaluador, aleatorizado, de no inferioridad. Se incluyeron pacientes de 71 centros de 10 países entre febrero de 2013 y septiembre de 2014 y se atuvo a los principios de buena práctica clínica y a lo establecido en la Declaración de Helsinki. Objetivos: comparar la efectividad de dos IAP atípicos, AUM 400 (se permitió una reducción de la dosis de mantenimiento a 300 mg en función de la tolerabilidad de cada paciente) y PP (50 a 150 mg/mes).

Variable principal: cambio respecto al valor basal en la semana 28 en cuanto a la puntuación total de la QLS.

Variabes secundarias predefinidas: escalas IAQ y CGS-I.

Características del estudio: 1) *Aleatorizado:* Sí, aunque no especificado el método. 2) *¿Se han tenido en cuenta a todos los pacientes al final? No* 3) *¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados al inicio? Sí;* 4) *Enmascaramiento? Sólo para evaluador* 5) *¿Eran similares los grupos al inicio? Sí;* 6) *Aparte de la intervención experimental, ¿se han tratado los grupos de forma similar? No se especifica;* 7) *¿Análisis por intención de tratar? No; sólo análisis por protocolo.*

LAS PRUEBAS: de los 295 pacientes aleatorizados, 100/148 (67,6%) de grupo de AUM 400 y 83/147 (56,5%) del grupo de PP completaron 28 semanas de tratamiento. Una diferencia estadísticamente significativa en la media de mínimos cuadrados del cambio entre el valor basal y el de la semana 28 en la puntuación total de la QLS (4,67 [IC del 95%: 0,32; 9,02], p = 0,036) confirmó la no inferioridad y estableció la superioridad de AUM 400 frente a PP. También hubo mejorías significativas en la escala Clinical Global Impression — Severity y en el Investigator's Assessment Questionnaire para el tratamiento de AUM 400 en comparación con el de PP, y un análisis de subgrupos predefinido mostró un patrón de significación uniforme favorable a AUM 400 en los pacientes de edad ≤ 35 años. Los acontecimientos adversos (AA) aparecidos durante el tratamiento que fueron frecuentes en la fase de continuación fueron más comunes con PP que con AUM 400, y los AA fueron el motivo más frecuente de abandono: 27/137 [19,7%] con PP y 16/144 [11,1%] con AUM 400. El total de abandonos por cualquier causa fue numéricamente inferior con AUM 400, aunque los abandonos por falta de eficacia fueron mayores con AUM 400 (5,6%; con PP: 2,2%).

COMENTARIOS: estudio abierto (ciego sólo para el evaluador) que puede dar lugar a sesgo de notificación; Dudas sobre la correcta selección del margen de no inferioridad δ: se ha de seleccionar de acuerdo con la mejor evidencia disponible de la eficacia del tratamiento estándar respecto al placebo; en este estudio se selecciona utilizando un estudio comparativo de efectividad entre AP de primera y segunda generación y otro que comparaba aripiprazol frente a risperidona, olanzapina y quetiapina. Siguiendo las recomendaciones de la lista CONSORT, se debería haber indicado en el título que es un estudio de no inferioridad, así como justificar este diseño e indicar el método de aleatorización. Cada paciente debe ser evaluado de forma individual para tomar las decisiones más apropiadas en cuanto a la elección de su tratamiento.

Realizado por: Marina Martínez de Guzmán

Email de contacto: marina.martinez@carm.es

Fecha de realización: 20 de octubre 2015

Fecha de actualización: octubre 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

ECA-3: NO HAY DATOS QUE SOSTENGAN QUE LAS PSICOTERAPIAS ESTABILIZADORAS SON MÁS EFECTIVAS, PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y BAJA FORTALEZA PSICOLÓGICA, QUE LAS CONFRONTATIVAS.

Conclusiones clínicas: No se puede afirmar que los pacientes con Trastorno de la Personalidad (TP) que tengan una baja fortaleza psicológica mejoran más con psicoterapias de apoyo/ estabilizadoras. Se observa que si se realizan en un medio seguro y contenedor, estos pacientes obtienen mejores resultados con terapias e intervenciones desestabilizadoras/confrontativas.

Cita bibliográfica: Van Manen JG, Horn EK, Stijnen T, Timman R, Busschbach JJ, Verheul R. (2015). Tailoring psychotherapy in patients with personality disorders: Matching the level of psychological strengths to the level of stabilizing versus destabilizing psychotherapy. *Personality and mental health*, 9(2):133-49.

Nombre y Fax del investigador principal: Janine G. Van Manen.

Pregunta clínica (PICO): ¿Los pacientes con Trastorno de Personalidad y baja fortaleza psicológica, mejoran más con una psicoterapia de apoyo que con una de expresión/confrontativa?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Búsqueda en PubMed "psychological strength" AND "personality disorder" AND "psychotherapy".

EL ESTUDIO:

- **Características clínicas de los pacientes:** 735 pacientes de una muestra inicial de 1379, reclutados de forma naturalística entre las derivaciones a seis centros de salud mental holandeses.

Criterios de inclusión: 18-70 años, patología de personalidad como diagnóstico principal, derivación a psicoterapia para problemas de personalidad.

Criterios de exclusión: Mal manejo del idioma holandés, daño orgánico cerebral, discapacidad intelectual, esquizofrenia.

Se clasifican en baja/alta fortaleza psicológica (BF/AF) según: severidad del TP (cluster A/B vs C o no especificado), funcionamiento adaptativo (SIPP-SF), funcionamiento defensivo (DSQ-60) y motivación al tratamiento (MTQ).

- Tratamientos:

Las distintas psicoterapias se clasifican en bajo o alto nivel de desestabilización. Se comparan ambos niveles de tratamiento, aunque difieren significativamente en el setting (más terapias hospitalarias en desestabilizadoras- TD- y más ambulatorias en estabilizadoras - TE-), orientación y duración (TE más largas, media=11,7 meses de=5,3 vs 7,6 y 4,8 en TD).

Características del estudio: 1) *Aleatorizado*: No. 2) *¿Se han tenido en cuenta a todos los pacientes al final? Sí pero hay 71 pacientes no claros*; 3) *¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados al inicio? Sí*; 4) *¿Enmascaramiento? No*. 5) *¿Eran similares los grupos al inicio? No*; 6) *Aparte de la intervención experimental, ¿se han tratado los grupos de forma similar? No*; 7) *¿Análisis por intención de tratar? Sí*.

LAS PRUEBAS: Entre los resultados no corregidos observamos un patrón consistente en mayor tamaño del efecto en pacientes con BF (0,8-2,0 con mediana 1,3) que en los de AF (0,0-1,0 mediana de 0,5) en todas las variables de resultado, niveles de estabilización y variables de fortaleza, salvo en motivación con patrón contrario donde hay mayor tamaño del efecto en pacientes con alta motivación (1,1-1,9 mediana 1,2) que en baja motivación (0,4-0,6 mediana 0,5). En los resultados corregidos encontramos que TD muestran significativamente mayor mejoría en "síntomas psiquiátricos" que TE para las variables de fortaleza "severidad del TP" y "motivación", siendo superior en "funcionamiento relacional" sólo para "severidad del TP". Pacientes con AF tienen mejores resultados que los de baja, sobre todo en "síntomas psiquiátricos" y "relaciones interpersonales". Pacientes con bajo "funcionamiento adaptativo" mejoran más con TD y aquellos con alto mejoran igual con ambas terapias. Sólo para "funcionamiento relacional". Hubo más abandonos en el grupo TE.

COMENTARIOS: No se demuestra la hipótesis extendida de que los pacientes con AF mejoran más con TD y los pacientes con BF con TE. Parece inferirse que ante BF las TD en setting con alta contención y seguridad son igual o más efectivas que las TE. Sin embargo ambos constructos (estabilización y fortaleza psicológica) están aún en debate. No se han tenido en cuenta factores relacionados con la asignación a una terapia u otra como posibles confusores. La diversidad de settings y duración de los tratamientos hace difícil el análisis, ya que los resultados podrían tener más que ver con el ámbito donde se realiza la terapia.

Realizado por: Pedro A. Rosique Díaz

Email de contacto: pedorrosique@yahoo.es

Fecha de realización: enero de 2016.

Fecha de actualización: enero 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



ESTUDIOS DE COHORTES

<p>TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE COHORTES].</p> <p>Conclusiones clínicas:</p> <p>Cita bibliográfica:</p> <p>Nombre y Fax del investigador principal: Pregunta clínica (PICO):</p> <p>Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:</p> <p>EL ESTUDIO:</p> <p>· Características clínicas de los pacientes:</p> <p>· Exposición de interés:</p> <p>· Resultado de interés:</p> <p>· Características del estudio: 1) <i>¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes?: (Si/No/No Sé).</i> 2) <i>¿Seguimiento suficientemente largo y completo? (Si/No/No Sé).</i> 3) <i>¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas? (Si/No/No Sé);</i> 4) <i>¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes? (Si/No/No Sé).</i></p> <p>LAS PRUEBAS:</p> <p>COMENTARIOS:</p> <p>Realizado por: Email de contacto:</p> <p>(Fecha de realización) Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)</p> <p>Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios</p>

CH-1: LA EXPOSICIÓN A TERREMOTOS AUMENTA EL RIESGO DE TRASTORNO MENTAL DE LEVE A MODERADO**Conclusiones clínicas:**

Es necesario atender a las personas afectadas por un terremoto según el grado de exposición y no por la zona geográfica a la que pertenezcan (no tanto la cercanía al terremoto como la afectación del mismo). No hay interacciones específicas entre el terremoto y: ser mujer, tener niños a cargo, historia previa en Salud Mental, abusos o problemas parentales en la infancia. Los terremotos aumentan la incidencia de Depresión Mayor, Trastorno por Estrés Postraumático, Ansiedad, consumo de nicotina, pero no de alcohol u otras drogas.

Cita bibliográfica:

1. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. JAMA Psychiatry. 2014 Sep;71(9):1025–31.

Nombre y Fax del investigador principal: dm.fergusson@otago.ac.nz

Pregunta clínica (PICO):

La exposición a un terremoto, ¿aumenta la probabilidad de desarrollar determinados trastornos mentales?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Pubmed: Childhood AND ptsd AND "natural disaster"

EL ESTUDIO:**Características clínicas de los pacientes:**

Nacidos entre Abril y Agosto de 1977, seguidos 30 años por estudio de cohortes. 57% expuestos a 4 grandes terremotos.

- **Exposición de interés:** 5 niveles de exposición a terremotos en población general de 35 años de edad.

- **Resultado de interés:** El resultado principal muestra que hay una correlación lineal positiva entre el grado de exposición a los terremotos y el aumento de las tasas de depresión, otros trastornos de ansiedad, dependencia de la nicotina y número total de trastornos mentales. Esto es independiente de sexo, nivel socioeconómico, adversidades en la infancia. Sin embargo no se encuentra un aumento del consumo de alcohol u otras drogas y el aumento encontrado en relación a la exposición no se ve influido por el sexo, paternidad, estatus socioeconómico, historia de trastorno mental o exposición a abuso sexual en la infancia.

- **Características del estudio:** 1) ¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes?: No Sé. 2) ¿Seguimiento suficientemente largo y completo?: Sí. 3) ¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas?: Sí; 4) ¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes?: Sí.

LAS PRUEBAS:

Exposición a terremoto	Trastorno mental	n	%
Si	Si	1025	17.8
Si	No	4775	82.2
No	Si	1025	17.8
No	No	4775	82.2

Exposición a terremoto	Depresión	n	%
Si	Si	1025	17.8
Si	No	4775	82.2
No	Si	1025	17.8
No	No	4775	82.2

COMENTARIOS:

Este estudio sugiere que algunos terremotos tienen un impacto que varía de leve a moderado en el desarrollo posterior de psicopatología mental, incluso teniendo en cuenta otros factores como el sexo, la paternidad, el estado socioeconómico, la historia previa de trastorno mental, etc.

Realizado por:

Jesús Martí Esquitino. UCE del HPRA. El Palmar, Murcia.

Email de contacto: jm.esquitino@gmail.com

Fecha de realización: 17 de marzo de 2015

Fecha de actualización: marzo 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

CH-2: PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA CON FACTORES PRONÓSTICOS FAVORABLES PODRÍAN FAVORECERSE DE PERÍODOS PROLONGADOS SIN MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA.**Conclusiones clínicas:**

Procedería hacer un análisis profundo de factores pronósticos favorables, funcionamiento pre mórbido y características personales favorables, a la hora de planificar el plan de intervención con la persona diagnosticada de esquizofrenia.

Cita bibliográfica:

Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. Harrow M et al. J Nerv Ment Dis. (2007)

Nombre y Fax del investigador principal:

Pregunta clínica (PICO):

¿Una persona diagnosticada de esquizofrenia podría beneficiarse de períodos prolongados sin medicación antipsicótica si presenta unos determinados factores de buen pronóstico, mejorando sus expectativas respecto a la recuperación?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

("Schizophrenia"[Mesh]) AND "Schizophrenia/therapy"[Mesh]) AND "Psychiatric Rehabilitation"[Mesh]

EL ESTUDIO:**·Características clínicas de los pacientes:**

Diagnosticados de esquizofrenia entre 17 y 32 años con historia breve de enfermedad.

·Exposición de interés:

Tratamiento farmacológico

·Resultado de interés:

Se establecen unos criterios para la recuperación, consiguiéndose en porcentajes variables entre personas que optan por tomar tratamiento antipsicótico y otras que optan por no tomarlo. Parece haber unos factores predisponentes para la buena evolución, que no merman en ausencia de tratamiento farmacológico.

Características del estudio: 1) *¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes? No.* 2) *¿Seguimiento suficientemente largo y completo? Sí.* 3) *¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas? Sí.* 4) *¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes? No Sé.*

LAS PRUEBAS:

Parece haber una relación más sólida entre factores pronósticos positivos y en algunas características personales con la recuperación, que con la toma regular y crónica de tratamientos antipsicóticos.

COMENTARIOS:

La mayoría de estudios de eficacia de tratamientos se hace en ámbito hospitalario, a corto plazo.

Pacientes que dejan el tratamiento y recaen, enseguida captan la atención del sistema. Los que no recaen se pierden y no computan para la red.

Los datos sugieren que personas diagnosticadas de Esquizofrenia, con factores pronósticos favorables, funcionamiento pre mórbido bueno y con características personales favorables (autoestima, autonomía...) pueden favorecerse de períodos prolongados sin medicación.

Dado que el locus interno supone un factor positivo en lo referente a recuperación, se abre la línea de trabajo en lo que respecta a empoderar al paciente, aumentar su grado de responsabilidad, esfuerzos y talentos.

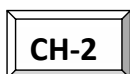
Realizado por: Joaquín Almela Bernal

Email de contacto: joaquin.almela@carm.es.

Fecha de realización: marzo de 2016

Fecha de actualización: marzo 2018.

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



CH-3: LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE OPTAN POR UN TRATAMIENTO INICIAL CON MEDICINAS ALTERNATIVAS (MA) EN VEZ DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL CONTRA EL CÁNCER (TCC) TIENEN UNA MENOR SUPERVIVENCIA**Conclusiones clínicas:**

Aunque poco frecuente, la utilización inicial de Medicinas Alternativas (MA) en el tratamiento del cáncer curable sin utilización de un tratamiento convencional para el cáncer (TCC) se asocia a un mayor riesgo de muerte (entre 2 y 4 veces, según el tipo de cáncer).

Cita bibliográfica:

Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. JNCI J Natl Cancer Inst 2018; 110(1):d1x145. Doi: 10.1093/jnci/d1x145.

Pregunta clínica (PICO): ¿Es más eficaz la elección de tratamiento inicial para el cáncer de las Medicinas Alternativas (MA) que la Terapia Convencional del Cáncer (TCC) en términos de supervivencia?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Artículo encontrado en los medios de comunicación por su alta repercusión mediática.

EL ESTUDIO:

• **Características clínicas de los pacientes:** Pacientes identificados en la Base de Datos Nacional del Cáncer (EEUU) en el período 2004-2013 identificados con el código "other-unproven: cáncer treatments administered by non-medical personnel" y que no recibieron Terapia Convencional del Cáncer (TCC). Criterios de exclusión: pacientes con enfermedad metastásica en el diagnóstico, estadio IV según el sistema de estadiaje de la American Joint Commission on Cancer (AJCC), receptores de tratamiento con fines paliativos o desconocimiento de su situación terapéutica, clínica o características demográficas.

• **Exposición de interés:** Medicinas Alternativas (MA): terapias no validadas que se dan en vez de (y no como complemento de) la Terapia Convencional del Cáncer (TCC) (definido como quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o terapia hormonal).

• **Resultado de interés:** Supervivencia.

• **Análisis estadístico:** Regresión logística uni y multivariante (ajustada a factores sociodemográficos y clínicos –estadiaje y comorbilidad-). Análisis de supervivencia (Kaplan-Meier, Long-Rank test y regresión de Cox para la comparación del riesgo proporcional)

• **Características del estudio: 1) ¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes? Sí. 2) ¿Seguimiento suficientemente largo y completo? Sí (seguimiento medio de 66 meses). 3) ¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas? No/No Sé (no se dice nada); 4) ¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes? Sí.**

LAS PRUEBAS: Identifican 281 pacientes con cáncer que eligen inicialmente MA sin TCC. Para análisis de supervivencia eligen (mediante un emparejamiento 2:1 sin reemplazo) a 560 pacientes con TCC frente a 280 con MA (no explican la eliminación de 1 caso en MA). Total: 840 pacientes.

Los pacientes con MA

a) Son más jóvenes, mujeres, menor comorbilidad y mayor estadiaje del cáncer, más ingresos y educación.

b) tienen una **peor supervivencia a los 5 años** (MA: 54.7%; 95%CI= 47.5 a 61.3 frente a TCC: 78.3 (74.2 a 81.8); Log-rank P <.001; **HR = 2.21 (1.72-2.83)**). Por tipos de cáncer:

• **C. Mama:** AM: 58.1% (46.0-68.5) frente TCC: 86.6% (80.7-90.7); P < .001; **HR=5.68 (3.22-10.04)**

• **C. Próstata:** AM: 86.2% (73.9-92.9) TCC: 91.5% (84.7-95.4); P = .36; HR=1.68 (0.68-4.17)

• **C. Pulmón:** AM: 19.9% (9.9-32.4) TCC: 41.3% (31.1-51.2); P < .001; **HR=2.17 (1.42-3.32)**

• **C. Colo-Rectal:** AM: 32.7% (15.8-50.8) TCC: 79.4% (66.3-87.8); P < .001; **HR=4.57 (1.66-12.61)**

COMENTARIOS:

Las principales limitaciones son: a) el carácter observacional del diseño, que podría infravalorar el uso de TCC en otros recursos o de MA antes de la recogida de datos (tendería a minimizar diferencias); b) posibles sesgos de selección o factores de confusión no medidos; y c) falta de información sobre el tipo de MA recibido. Escaso tamaño muestral por la baja frecuencia de acceso o registro a la MA inicialmente. Es necesario valorar las actitudes/información/acceso a MA y complementarias en pacientes con cáncer.

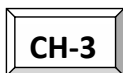
Realizado por: Fernando Navarro-Mateu.

Email de contacto: fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 16 de octubre 2017;

Fecha de actualización: octubre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



CH-4: LA CONTENCIÓN MECÁNICA DURANTE UN INGRESO PSIQUIÁTRICO TIENE EFECTOS DIVERSOS DESDE LA ACEPTACIÓN HASTA LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Conclusiones clínicas: La contención mecánica tiene efectos dispares según los pacientes, algunos olvidan haber sido contenidos mientras que otros lo aceptan y otros se sienten traumatizados por la contención mecánica. Hasta 20% tuvieron síntomas TEPT.

Cita bibliográfica: Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., & Frey, R. (2016). Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 221-231. <https://doi.org/10.1111/acps.12501>

E-mail: richard.frey@meduniwien.

Pregunta clínica (PICO): El haber sufrido una CM, ¿aumenta la probabilidad de sufrir TEPT?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Pubmed: Physical restraint AND Post-traumatic stress disorder (PTSD)

EL ESTUDIO: Diseño: una Cohorte de pacientes en CM.

Características clínicas de los pacientes:

47 ingresados involuntarios en la unidad de psiquiatría de un hospital de Viena, entre Febrero de 2011 y Julio de 2012.

Exposición de interés: todos los pacientes fueron expuestos y hubo 4 momentos de evaluación aunque para el análisis solo se utilizaron 3.

Resultados de interés: Se utilizaron las siguientes pruebas para valorar los resultados de interés: cuestionario MacArthur para la percepción de la coerción. Escalas de valoración visual para la autovaloración durante la contención, en relación a 7 rasgos (emociones) que podrían estar sintiendo (declinar-aceptar, enfado-paz, ansioso-sin miedo, deprimido-tranquilo, sentirse enfermo-sano, contención no recordada-muy bien recordada, impotencia-control (tanto investigador como paciente). IES (Impact of Event Scale) en V3 y V4 sobre síntomas de estrés posttraumático. BPRS en v1-v4. Registro de la impresión del estado clínico (CGI).

Características del estudio: 1) *¿Muestra representativa y bien definida con sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes? Sí.* 2) *¿Seguimiento suficientemente largo y completo? Sí.* 3) *¿Medición de exposición y resultados con criterios objetivos, validados y a ciegas? Sí, parcialmente;* 4) *¿Se ha ajustado el análisis por los factores pronósticos importantes? No parece.*

LAS PRUEBAS: 12 de los 47 pacientes que participaron el estudio fueron valorados durante la contención (V1). Tras el cese de la contención, 8 pacientes no recordaban haber sido contenidos, se valoró a 36 pacientes en V2. Impotencia y depresión predominaron más que ansiedad y agresión en las escalas visuales. La aceptación de la contención fue mayor de lo esperado mientras que el recuerdo de la misma fue menor de lo esperado. Alrededor del 50% de los pacientes percibieron un elevado nivel de coerción y se puede suponer el desarrollo de TEPT en un 25% de los mismos. Las percepciones de la contención no variaron significativamente a lo largo del tiempo. Se observó una alta variabilidad intrasujeto.

COMENTARIOS: El tamaño muestral unido a que no se utilizan pruebas estandarizadas (la valoración del TEPT no contiene todos los criterios internacionales de TEPT y las escalas visuales fueron desarrolladas por los investigadores), a que no se utilizan los datos de todos los momentos de la valoración, y que la valoración en el primer momento (V1) solo se realiza de 12 pacientes sugieren que los datos son poco fiables.

Realizado por:

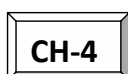
Jesús Martí Esquitino. UCE del HPRA. El Palmar, Murcia.

Email de contacto: calexico@protonmail.com

Fecha de elaboración: 24.10.17

Fecha de actualización: octubre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



***ESTUDIOS DE
CASO -
CONTROL***

<p>TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE CASO-CONTROL].</p> <p>Conclusiones clínicas:</p> <p>Cita bibliográfica:</p> <p>Nombre y Fax del investigador principal:</p> <p>Pregunta clínica (PICO):</p> <p>Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:</p> <p>EL ESTUDIO:</p> <p>· Características clínicas de los pacientes:</p> <p>- casos:</p> <p>- controles:</p> <p>· Exposición de interés:</p> <p>· Resultado de interés:</p> <p>· Características del estudio: 1) ¿Sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes?: (Si/No/No Sé); 2) ¿Exposición y resultados medidos de manera objetiva y "ciega"?: (Si/No/No Sé); 3) ¿Seguimiento suficientemente largo y completo? (Si/No/No Sé). 4) ¿Cumple Criterios de causalidad? (Si/No/No Sé).</p> <p>LAS PRUEBAS:</p> <p>COMENTARIOS:</p> <p>Realizado por:</p> <p>Email de contacto:</p> <p>(Fecha de realización) Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)</p> <p>Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios</p>
--

CC-1: EN LAS PERSONAS MAYORES, LOS DÉFICITS COGNITIVOS DE TIPO EJECUTIVO SE ASOCIAN CON IDEACIÓN SUICIDA, AUNQUE NO DIRECTAMENTE CON CONDUCTA SUICIDA.**Conclusiones clínicas:**

Los déficits en funciones ejecutivas, medidos con instrumento breve (EXIT, DRS), se asocian ampliamente con la ideación suicida en los adultos mayores con depresión, pero no parecen facilitar directamente la conducta suicida. Diferentes vulnerabilidades (como la observada) pueden jugar un papel en diferentes etapas en el proceso suicida.

Cita bibliográfica:

Swathi Gujral, Alexandre Y. Dombrowski, Meryl Butters, Luke Clark, Charles F. Reynolds, Katalin Szanto Impaired Executive Function in Contemplated and Attempted Suicide in Late Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Volume 22, Issue 8, Pages 811-819

Nombre y Fax del investigador principal: Swathi Gujral

Pregunta clínica (PICO):

En las personas mayores, ¿influyen los déficits cognitivos en la aparición de eventos suicidas (ideación, conducta y consumación)?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:

Búsqueda en Pubmed, mediante palabras clave (términos MESH): "Dementia" y "Suicide".

El Estudio:**Características clínicas de los pacientes:**

Casos: a) Deprimidos con intento de suicidio (83 pacientes); b) Deprimidos con ideación suicida (n= 43)

Controles: c) Deprimidos no suicidas (n=54); c) Los adultos mayores sin antecedentes de trastornos psiquiátricos (n=48)

Criterios de exclusión: Trastornos (Tr.) neurológicos, Delirium, Tr. sensoriales que impidan evaluación neuropsicológica, diagnóstico de demencia (MMSE > 24), o antecedentes de TEC en los 6 meses previos.

Exposición de interés: Evaluación cognitiva

Se evaluó un espectro de funciones ejecutivas con la *Entrevista Ejecutiva (EXIT)*, y la *Dementia Rating Scale (DRS)*, que mide la función cognitiva global y comprende subescalas: Iniciación/perseveración, Atención, Construcción, Conceptualización y Memoria.

Resultado de interés: Evento suicida

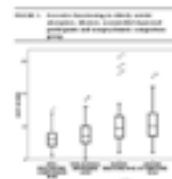
Intento de suicidio: Autolesión con intención de morir y actual ideación suicida. Verificada por un psiquiatra usando toda la información disponible: informes, registros médicos, información del equipo de tratamiento, y familia o amigos.

Ideación suicida: Planteamiento serio de suicidio y comunicación de esta intención a familia o profesionales sanitarios, que genera una hospitalización o un aumento en el nivel de atención ambulatoria.

Características del estudio: 1) Sujetos definidos y similares en otros aspectos importantes: Sí. 2) Exposición y resultados medidos de manera objetiva y "ciega": Sí. 3) Seguimiento completo: No sé. No queda la relación posterior Ideación-Intento (estudio transversal de casos y controles). 4) Cumple criterios de causalidad: No sé.

Las pruebas:

	Intentional	Unintentional	Completed	Completed	χ^2	η^2	Post Hoc
MMSE	26.1 (1.0)	27.8 (1.0)	28.1 (1.0)	28.9 (1.0)	48.88	0.13	A, B, C, D, E
EXIT	48.0 (8.0)	49.0 (8.0)	51.0 (8.0)	52.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-11	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-13	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-14	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-15	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-16	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-17	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-18	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-19	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E
DRS-20	44.0 (8.0)	45.0 (8.0)	46.0 (8.0)	47.0 (8.0)	42.00	0.12	A, B, C, D, E

**Comentarios:**

Las tasas de suicidio en los ancianos son mayores que en los adultos jóvenes. El deterioro cognitivo tiene una alta prevalencia en los ancianos. Pocos estudios estudian la interrelación entre ambas variables. Este estudio ha encontrado que los déficits ejecutivos se asocian ampliamente con la ideación suicida, pero no directamente con la conducta suicida. Sin embargo excluye el principal grupo con alteraciones cognitivas: pacientes con diagnóstico de demencia. Por todo esto se hace evidente la necesidad de más estudios al respecto, para que se pueda establecer con una mayor certeza el papel que juega el deterioro cognitivo en las personas mayores

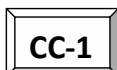
Realizado por: Francisco Javier Álvarez Muñoz

Email de contacto: franciscoj.alvarez@carm.es

Fecha de elaboración: 24 de octubre de 2014

Fecha de actualización: octubre 2016

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



ESTUDIOS TRANSVERSALES

<p>TITULO DEL CAT [PLANTILLA DE ESTUDIO TRANSVERSAL].</p> <p>Conclusiones clínicas:</p> <p>Cita bibliográfica:</p> <p>Nombre y Fax del investigador principal:</p> <p>Pregunta clínica (PICO):</p> <p>Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica:</p> <p>EL ESTUDIO:</p> <p>· Características de los participantes:</p> <p>· Mediciones:</p> <p>· Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? (Si/No/No Sé); 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos?: (Si/No/No Sé); 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? (Si/No/No Sé).</p> <p>LAS PRUEBAS:</p> <p>COMENTARIOS:</p> <p>Realizado por: Email de contacto:</p> <p>(Fecha de realización) Fecha de actualización: (Mes de realización + 2 años)</p> <p>Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios</p>
--

T-1: LAS ADVERSIDADES SUFRIDAS DURANTE LA INFANCIA NO MODERAN LA ASOCIACIÓN ENTRE SUFRIR UNA GUERRA Y DESARROLLAR ANSIEDAD, DEPRESION O TEPT, SALVO PARA LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN.

Conclusiones clínicas: Tanto las adversidades en la infancia como las experiencias estresantes de guerra son factores de riesgo para los síntomas de salud mental entre los adolescentes afectados por la guerra. Los adolescentes con muchas adversidades en la infancia pueden tener menos probabilidad de desarrollar síntomas de evitación ante experiencias de guerra altamente estresantes.

Cita bibliográfica: Okello, J., De Schryver, M., Musisi, S., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Differential roles of childhood adversities and stressful war experiences in the development of mental health symptoms in post-war adolescents in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 14(1). doi:10.1186/s12888-014-0260-5.

Nombre y Fax del investigador principal: James Okello, Department of Psychiatry, Makerere University College of Health Sciences, P.O Box 1962, Kampala, Uganda.

Pregunta clínica (PICO): El haber tenido adversidades en la infancia, ¿aumenta la probabilidad de sufrir síntomas de trastorno mental tras un acontecimiento estresante posterior?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: "child adversities AND natural disaster AND mental health" (5 resultados) y "childhood adversity AND PTSD" 72 resultados.

EL ESTUDIO:

• **Características de los participantes:** 551 adolescentes de 9-17 años, estudiantes de instituto en Uganda, 4 años después de terminar una guerra que duró más de 20 años.

• **Mediciones:** ACE, SWE, IES-R, HSCL-37^a (subescalas de depresión y ansiedad de este último). Datos sociodemográficos Medición con autoinformes

Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? Sí; 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos?: Sí; 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? Sí.

LAS PRUEBAS:

Table 1: Correlations of three variables: the association between childhood war experiences and mental health symptoms obtained by sex, age, urban status and ethnic differences.

Variable	Total			Male			Female			Urban			Rural			Luganda			Other					
	r	95% CI	p	r	95% CI	p	r	95% CI	p	r	95% CI	p	r	95% CI	p	r	95% CI	p	r	95% CI	p			
ACE	0.18	0.12, 0.24	<.001	0.15	0.09, 0.21	<.001	0.21	0.15, 0.27	<.001	0.19	0.13, 0.25	<.001	0.17	0.11, 0.23	<.001	0.16	0.10, 0.22	<.001	0.18	0.12, 0.24	<.001	0.19	0.13, 0.25	<.001
IES-R	0.15	0.09, 0.21	<.001	0.12	0.06, 0.18	<.001	0.18	0.12, 0.24	<.001	0.14	0.08, 0.20	<.001	0.16	0.10, 0.22	<.001	0.13	0.07, 0.19	<.001	0.15	0.09, 0.21	<.001	0.14	0.08, 0.20	<.001
HSCL-37 ^a	0.12	0.06, 0.18	<.001	0.09	0.03, 0.15	<.001	0.15	0.09, 0.21	<.001	0.11	0.05, 0.17	<.001	0.13	0.07, 0.19	<.001	0.10	0.04, 0.16	<.001	0.12	0.06, 0.18	<.001	0.11	0.05, 0.17	<.001

Experiencias de guerra predicen todos los síntomas, las adversidades sufridas en la infancia (AI) solo la depresión. Solo se relacionan AI y estrés de guerra en las conductas evitativas.

COMENTARIOS:

La muestra recogida puede no ser representativa incluso en el mismo entorno del estudio dado que se han escogido adolescentes escolarizados en una zona tras 20 años de guerra. Pueden ser personas de estratos socio-económicos más altos (la mitad de la muestra pertenece a colegios privados) que además pueden haber vuelto al país tras el cese de la guerra (2006).

Realizado por: Jesús Martí Esquitino

Email de contacto: jesus.marti@carm.es

Fecha de elaboración: 20 de enero de 2015

Fecha de actualización: enero 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios

T-2: EL RIESGO DE SUFRIR UNA DEPRESIÓN MAYOR ES CASI 3 VECES MAYOR EN PLENA CRISIS ECONÓMICA (2011) QUE EN 2008 EN LA POBLACIÓN GENERAL DE GRECIA**Conclusiones clínicas:**

Este estudio añade más evidencias sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental de la población general, en concreto de Grecia. Identifica algunos factores de riesgo útiles para los profesionales sanitarios (jóvenes, casados y aquellos sometidos a un estrés financiero).

Cita bibliográfica:

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders* 2013; 145:308-314.

Pregunta clínica (PICO): ¿Se incrementa el riesgo de depresión durante un período de crisis económica?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: PubMed: "economic crisis AND depression AND cross-sectional".

EL ESTUDIO:

- **Características de los participantes:** Muestra aleatoria de la base nacional de no de teléfono, seleccionando la persona cuyo cumpleaños fue el último tras 5 intentos de llamada telefónica. Entrevista telefónica en adultos entre 18-69 años durante febrero-abril. En 2011, 2820 llamadas, 2256 entrevistas completas (Tasa Respuesta: 80.5%), 203 (7.2%) colgaron inmediatamente, 347 (12.3%) rehusaron o no completaron la entrevista. En 2008, la tasa de respuesta fue de 73.8% (11% cuelgan inmediatamente y 15.1% rehúsan o no completan). No hay diferencias significativas entre los participantes entrevistados y los no entrevistados en términos de sexo, edad y lugar de residencia. Ponderación de la muestra según sexo, edad y lugar de residencia según población del censo de 2011.
- **Mediciones:** Episodio Depresivo: Módulo de la SCID-I (Structured Clinical Interview) en su versión griega. Para confirmar la fiabilidad del diagnóstico, una muestra aleatoria de las llamadas (10%) fueron calificadas por 10 de los 20 entrevistadores ($Kappa = 0.90$). Una muestra aleatoria de participantes (10%) aceptó ser entrevistada por un psiquiatra (tasa de acuerdo de 89%) en 2011. Para evitar falsos positivos y negativos, 12% de verdaderos negativos y positivos de la muestra final fueron re entrevistados una semana después del final del estudio (sensibilidad y especificidad de 90 y 92%). Dificultades financieras: Index of Personal Economic Distress (IPED) con 8 preguntas autoevaluadas describiendo la dificultad en responder a las demandas económicas diarias de una familia (desde el pago de un préstamo a la compra del supermercado) en los últimos 6 meses. Respuestas en escala de 3 puntos (nunca (1), algunas veces (2) y con frecuencia (3)) con puntuación global entre 8 y 24 puntos, con punto de corte en 15 para categorizar en bajo o alto estrés financiero. Predictores de depresión en 2011: sexo, edad, estado marital, lugar de residencia, educación, situación laboral, conductas de búsqueda de ayuda (con profesionales de salud mental, uso previo de medicación psiquiátrica e ingresos hospitalarios).

Características del estudio:

- 1) **¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana?** No Sé (sólo indica que la base nacional de teléfonos da cobertura a la gran mayoría de domicilios, pero no lo cuantifica ni cita la fuente y se desconoce si es representativa de la población general);
- 2) **¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos?** Sí;
- 3) **¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión?** No Sé (el análisis ajustado se utiliza sólo para el análisis de las variables predictoras en el estudio del año 2011, las comparaciones entre puntuaciones IPED y prevalencias de 2008 y 2011 se realizan exclusivamente mediante análisis univariantes –t de Student y Chi-cuadrado).

LAS PRUEBAS:

En 2011 se demuestra un mayor estrés financiero y una mayor prevalencia de depresión en el último mes que en el año 2008 (8.2% vs 3.3%, $p < 0.0001$), con una OR=2.3 (95%CI: 1.97-3.43). Como predictores significativos se encuentran los jóvenes (OR por año: 0.77; 0.48-0.93), los no casados (0.40; 0.19-0.87) frente a los casados (2.27; 1.04-5.17), el estrés financiero (OR por aumento de un punto en IPED: 1.2; 1.13-1.24), uso de psicofármacos (5.62; 4.09-7.73).

COMENTARIOS:

Las diferencias en términos de prevalencia se analizan mediante un análisis univariante en una muestra aleatoria de familias con teléfono. Estudio transversal que dificulta atribuciones causales. Posible sesgo por distorsiones cognitivas entre los deprimidos a la hora de exagerar dificultades financieras.

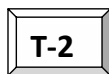
Realizado por: Fernando Navarro Mateu.

Email de contacto: Fernando.navarro@carm.es

Fecha de realización: 08 de febrero de 2015

Fecha de actualización: febrero 2017

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATS): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATS) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATS no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



T-3: TURNOS DE TRABAJO LARGOS PARA ENFERMERAS DE HOSPITAL PARECE ASOCIARSE CON AUMENTO DEL BURNOUT, INSATISFACCIÓN LABORAL E INTENCIÓN DE ABANDONAR

Conclusiones clínicas: Independientemente de la edad, sexo, turno fijo, tiempo completo, tipo de unidad, tipo de hospital, nivel tecnológico del mismo, según aumenta el número de horas trabajadas, aumentan los resultados adversos (burnout, insatisfacción laboral, intención abandono) en enfermeras de hospital.

Cita bibliográfica: Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open* 2015; 5: e008331. doi:10.1136/bmjopen-2015-008331x

Investigador principal: Chiara Dall'Ora; C.Dall'ora@soton.ac.uk

Pregunta clínica (PICO): ¿Turnos mayores de 8 horas producen efectos adversos en enfermeras de hospital?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Pubmed: shifts[All Fields] AND ("nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields]) AND "job satisfaction"[All Fields] AND burnout[All Fields]

EL ESTUDIO:

Características de los participantes: Enfermeras que realizan atención directa a los pacientes de hospitales médico/quirúrgicos de 12 países de Europa, trabajando a tiempo completo o a tiempo parcial, sin mínimo de horas de trabajo o porcentaje de horas de atención directa.

Mediciones: encuesta realizada por correo o directamente a enfermeras de 12 países de Europa: Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suiza y Suecia (como parte de los datos del estudio RN4CAST). La encuesta se distribuyó entre junio 2009 y junio 2010.

118 preguntas organizadas en cinco secciones: el ambiente laboral, el desgaste y la satisfacción laboral, la calidad y seguridad, cambios más recientes de turno en su hospital (que tenía el propósito de medir la duración del turno y los niveles de personal de enfermería) y datos personales.

Duración de los turnos se registró preguntando el número real de horas trabajadas en el turno más reciente.

Para el análisis de regresión descriptivo y multivariante, los turnos se agrupan en cinco categorías: ≤8, 8.1-10, 10.01 a 11.09, 12-13, > 13 horas.

Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? No Sé; 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos? No Sé; 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? Sí.

LAS PRUEBAS: Las enfermeras que trabajan turnos de ≥ 12 h tiene más probabilidades que las enfermeras que trabajan menos horas (≤8) de experimentar el agotamiento. Cuando se trabaja 12 horas o más, las probabilidades de informar de alto agotamiento emocional se incrementaron en un 26%, en comparación con el trabajo de 8 horas o menos (OR ajustada (ORa) = 1,26; IC del 95% 1.09 a 1a: 1,46). Las enfermeras que trabajan 12 horas o más tenían más probabilidades de experimentar alta despersonalización (ORa = 1,21; IC del 95%: 1,01 a 1,47) y baja realización personal (ORa = 1,39; IC del 95%: 1,20 a 1,62). Enfermeras con turnos de trabajo de ≥ 12 h eran más propensas a experimentar insatisfacción en el trabajo (ORa = 1,40; IC del 95%: 1,20 a 1,62), insatisfacción con horario flexible (ORa = 1,15; IC del 95%: 1,00 a 1,35) y con intención de dejar su trabajo debido a la insatisfacción (ORa = 1,29; IC del 95% 1.12 a la 1.48).

COMENTARIOS:

Una de las limitaciones de este estudio es que solamente es aplicable a enfermeras de hospital, no incluyendo atención comunitaria ni servicios centrales. En cuanto a la metodología, la selección de la muestra no especifica si existe aleatorización, ni cómo se seleccionan los hospitales (posible sesgo de selección). En cuanto a la representatividad de la muestra, la tasa de respuesta no aclara si corresponde solo a los que acceden a hacer la encuesta o al total de la muestra en caso de aleatorización y también hay que tener en cuenta como dicen los autores las limitaciones de un estudio transversal, que limita la capacidad de inferir relación causal entre duración del turno de enfermería y los resultados.

Los autores consideran numerosas limitaciones, especificadas en el estudio.

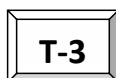
Realizado por: Ana María Hurtado López

Email de contacto: anam.hurtado@carm.es

Fecha de realización: 3 de mayo de 2016

Fecha de actualización: mayo 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



T-4: LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PUEDE AUMENTAR LA RECURRENCIA DE INTENTOS SUICIDAS Y AUTOLESIONES**Conclusiones clínicas:**

En personas con un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) existe un mayor riesgo de presentar intentos suicidas recurrentes si padece además Bulimia Nerviosa (BN), y de presentar autolesiones no suicidas en el caso de una Anorexia Nerviosa (AN). Tanto la AN como el Trastorno por Atracón (TA) se asocian a una mayor comorbilidad con Trastornos del Eje I de tipo no alimentario.

Cita bibliográfica: Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Research* 2009; 170 (1): 86-90.

Nombre y Fax del investigador principal: Eunice Chen, PhD, chen@bsd.uchicago.edu

Pregunta clínica (PICO): ¿Cómo afecta a la clínica del Trastorno Límite de la Personalidad la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria comórbida?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Artículo de interés personal.

EL ESTUDIO:

· **Características de los participantes:** Pacientes procedentes de tres muestras recogidas para otros Ensayos Controlados Aleatorizados, una con mujeres con TLP y conductas suicidas (101) y otras dos de mujeres con TLP y Trastorno por Uso de Sustancias (45). No se explicitan más criterios de inclusión que el diagnóstico y ningún criterio de exclusión. Se excluyeron 9 pacientes ya que se requiere la presencia de 6 ítems diagnósticos de TLP en vez de 5, para evitar contabilizar dos veces la impulsividad en el caso de BN y TA. Los dos grupos (conductas suicidas y consumo de sustancias) eran similares en variables demográficas salvo edad (mayor en el segundo).

· **Mediciones:** Demographic Data Schedule, Diagnóstico SCID I y SCID II (solo para TLP), IPDE, SASII y escala de riesgo médico, MHH (mide IMC) y SHI (con escala de ajuste global GAS en el último mes). Se realizan múltiples regresiones logísticas jerárquicas, ajustando por edad y, en el caso de intentos suicidas y autolesiones, por comorbilidad con Eje I no TCA.

Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? No; 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos? No Sé; 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? Sí.

LAS PRUEBAS:

Una BN actual aumenta el riesgo de intentos suicidas recurrentes ($\beta=3.66$, $p=0.003$). La AN se relaciona positivamente con la presencia de autolesiones no suicidas ($\beta=2.73$, $p=0.03$). Existe una mayor prevalencia de comorbilidad con Trastornos del Eje I no alimentarios, cuando existe una BN ($p=0,34$) o un TA ($p<0.001$).

El resto de los análisis resultaron no significativos.

COMENTARIOS: Se trata de uno de los pocos estudios que estudian el efecto de los T. alimentarios sobre una muestra con TLP, esto es necesario para planificar los tratamientos en función de prioridades. Por otro lado, muestra algunas limitaciones: la muestra es el resultado de combinar otras muestras altamente seleccionadas para otros estudios, que además difieren en objetivos y tamaño; Los datos son transversales; El tamaño de los grupos con T. alimentario es pequeño; Se realizan múltiples comparaciones, con poca focalidad; Puede existir una infraestimación de los T. alimentarios ya que no utiliza herramientas diagnósticas específicas ni contempla el T. alimentario no especificado. Se requieren nuevos estudios longitudinales y con mayor muestra.

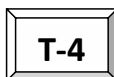
Realizado por: Pedro A. Rosique Díaz

Email de contacto: pedrorosique@yahoo.es

Fecha de elaboración: 13 de junio de 2016

Fecha de actualización: julio 2018

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



T-5: LA INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN ENCAMINADAS A DISMINUIR LAS CONTENCIÓNES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA, NO AUMENTAN LAS AGRESIONES DE LOS PACIENTES

Conclusiones clínicas: El uso de un modelo de recuperación, acompañado de otras acciones como, una monitorización pormenorizada, transparencia/análisis de los datos, el uso de alertas clínicas, la formación/capacitación de los profesionales, compromiso de los líderes y cambios en la política, favorece la reducción del uso del aislamiento y la contención mecánica o física a pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica, no aumentando por ello las agresiones de los pacientes.

Cita bibliográfica: Correlation between the reduction of incarceration and the restriction and aggressions of patients in Pennsylvania state hospitals. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Psychiatr Serv . 2015 Mar 1; 66 (3): 303-9. doi: 10.1176 / appi.ps.201400185. Epub 2014 17 de noviembre. PMID: 25727119

Pregunta clínica (PICO): En las unidades de hospitalización psiquiátrica, al disminuir el uso de contención mecánica/física, ¿se produce un aumento de las agresiones al personal?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: Pubmed. Términos: Restraint AND Assaults AND psychiatric hospital.

EL ESTUDIO:

• **Características de los participantes:** Personas con enfermedades mentales graves y persistentes con ingreso involuntario, que requieren una hospitalización psiquiátrica prolongada, atendidas en 9 hospitales de Pensilvania. Periodo de estudio: 1 de enero de 2001 a 31 de diciembre de 2010

• **Mediciones:** Se obtuvieron 12.900 registros anonimizados de las 1.801 personas que sufrieron 14.430 episodios de contención física o mecánica y/o aislamiento, que formaron parte de una base de datos que incluía información demográfica (edad, sexo, características raciales y étnicas), duración del ingreso, diagnóstico, además de causas y efectos sobre los episodios de contención. Estos datos se compararon con las tasas de ataques de paciente a paciente y de paciente a personal para determinar cualquier correlación entre los cambios en el uso de la contención y las agresiones. Los procedimientos de contención se clasificaron como restricción mecánica, restricción física y aislamiento. Todos los datos fueron revisados para asegurar una clasificación y codificación uniforme, se estructuraron utilizando el diccionario de datos NASMHPD Research Institutes. Se utilizó SPSS, versión 22, software estadístico para realizar un análisis de regresión lineal de cada procedimiento de contención a lo largo del tiempo. La significancia estadística fue indicada por un nivel de $p < .05$. Se utilizó un análisis del coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la relación entre el uso decreciente de procedimientos restrictivos y agresiones.

Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? Sí; 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos? No; 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? No sé.

LAS PRUEBAS: El uso de restricción mecánica disminuyó significativamente de .37 a .08 episodios por 1.000 días ($p < .018$). El uso de la aislamiento disminuyó significativamente de .21 a .01 episodios por 1.000 días ($p < .001$). Los análisis de correlación mostraron una asociación positiva y débil entre el uso decreciente de todos los procedimientos de contención y los ataques de paciente a paciente ($r = .377$, $N = 88$, $p < .001$) y los ataques de paciente a personal ($r = .275$, $N = 88$, $p < .01$) entre septiembre de 2003 y diciembre de 2010

COMENTARIOS: Disminuir el uso de medidas coercitivas tiene un efecto positivo en la reducción de las agresiones, teniendo que ir acompañado de otras acciones como, una monitorización pormenorizada, transparencia/análisis de los datos, el uso de alertas clínicas, la formación/capacitación de los profesionales, compromiso de los líderes y cambios en la política, pero la base es un cambio filosófico hacia un modelo de recuperación de la atención en los servicios psiquiátricos.

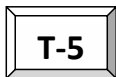
Realizado por: Ana María Hurtado López

Email de contacto: Anam.hurtado@carm.es

Fecha de realización: 2 de diciembre de 2017.

Fecha de actualización: diciembre 2019

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



T-6: LAS PERSONAS CON EXPERIENCIAS PSICÓTICAS SE ASOCIAN CON MAYOR DISCAPACIDAD.

Conclusiones clínicas: Las experiencias psicóticas se asocian con medidas de discapacidad con una relación dosis-respuesta. Estos resultados son consistentes con otras evidencias que sugieren que los PE están asociados con la discapacidad independientemente de la presencia de trastornos médicos mentales o generales comórbidos.

Cita bibliográfica: Navarro-Mateu F, Alonso J, Lim CCW, et al. The association between psychotic experiences and disability: results from the WHO World Mental Health Surveys. Acta Psychiatr Scand. 2017 Jul; 136(1):74-84. doi: 10.1111/acps.12749. Epub 2017 May 25.

Nombre y Fax del investigador principal: Navarro-Mateu F

Pregunta clínica (PICO): ¿Las personas con experiencias psicóticas tienen mayor grado de discapacidad en comparación con personas sin estas experiencias?

Estrategia y términos de búsqueda bibliográfica: En Pubmed: "Psychotic experiences" and "disability".

EL ESTUDIO:

• **Características de los participantes:** Población no institucionalizada en 19 países de todo el mundo. Diseños de muestreo de hogares con probabilidad de área agrupada y en varias etapas. Exclusión de sujetos con PE y cribado positivo para para posible esquizofrenia / psicosis y maníaco-depresión / manía.

• **Mediciones:** Módulo de Psicosis CIDI y escala discapacidad OMS (WHODAS). CIDI preguntas 6 tipos PE: 2 experiencias alucinatorias (alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas) y 4 experiencias delirantes (inserción/robo pensamiento, control mental/pasividad, ideas de referencia, trama de daño/persecución). Métricas sobre tipo de PE y de frecuencia anualizada. WHODAS: discapacidad en los 30 días previos a la entrevista en 5 dominios: cognitiva, movilidad, autocuidado, interacción social, disfunción de rol; y discapacidad global WHODAS (media de 5 dominios).

Características del estudio: 1) ¿Participantes reclutados de forma aceptable, representativos de la población diana? Sí; 2) ¿Se realizaron las mediciones de forma correcta (objetiva y "ciega") para reducir los posibles sesgos?: Sí; 3) ¿Análisis riguroso, ajustado a potenciales factores de confusión? Sí.

LAS PRUEBAS: Los encuestados con experiencias psicóticas tienen una probabilidad significativamente mayor de estar en los puntajes del cuartil superior en las medidas de discapacidad relacionadas con el deterioro cognitivo, social y de roles (en comparación con los encuestados sin PE). El riesgo está por encima y más allá del riesgo asociado con trastornos médicos y mentales generales comórbidos. Hubo una relación de respuesta a la dosis entre el aumento de los tipos de PE y la probabilidad de discapacidad

COMENTARIOS: Estudio transversal sin poder realizar atribuciones causales. Limitaciones: No acceso a medidas válidas de trastornos psicóticos clínicos en la muestra. WHODAS durante los últimos 30 días, pero no información sobre discapacidad a lo largo de la vida. Si bien los estudios transversales no pueden deducir que los PE conduzcan a una discapacidad posterior, algunos encuestados que informaron puntuaciones de discapacidad muy recientes pueden haber tenido este nivel de discapacidad antes de la aparición de los PE.

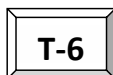
Realizado por: Juan Antonio Albaladejo Martínez.

Email de contacto: jualanbala@hotmail.com

Fecha de elaboración: 23 de enero 2018

Fecha de actualización: enero 2020

Advertencia sobre la utilización de los Informes de Lectura Crítica (CATs): la elaboración de los Informes de Lectura Crítica (CATs) tienen una finalidad eminentemente docente y reflejan los resultados de un único artículo científico, con las limitaciones asociadas. Estos CATs no deben ser utilizados en ningún caso como criterio único y/o de autoridad para la toma de las decisiones clínico-terapéuticas de los profesionales sanitarios



GLOSARIO GENERAL

M^a Carmen Sánchez López

Aleatorización: En un estudio en el que se comparan dos o más modalidades de tratamiento, es conveniente que los grupos formados sean parecidos en todas las características pronósticas excepto en el tratamiento recibido, de modo que cualquier diferencia en el curso clínico que se registre podrá ser atribuida a los diferentes tratamientos administrados (y sólo a ellos). La asignación aleatoria consiste en distribuir a cada participante de uno de los grupos de tratamiento por un método disciplinado de azar, de modo que cada sujeto tenga exactamente las mismas probabilidades de formar parte de uno u otro grupo de tratamiento. SIN: Randomización.

Análisis DAFO: El análisis DAFO (también conocido como análisis FODA o DOFA, o por sus siglas en inglés SWOT [Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats]), es una herramienta de estudio de la situación de una empresa, institución, proyecto o persona, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades). Una vez realizado el análisis, facilita definir una estrategia que lleve a potenciar las fortalezas, superar las debilidades, controlar las amenazas y beneficiarse de las oportunidades.

Análisis de contenido: Técnica de investigación destinada a la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene como primer objetivo interpretarlas.

Análisis de decisiones (AD): Es la aplicación de métodos explícitos y cuantitativos que cuantifican e integran los efectos del tratamiento, el pronóstico y los valores del paciente para analizar una decisión en condiciones de incertidumbre.

Análisis de regresión: En un conjunto de datos sobre la variable dependiente y , y sobre una o más variables independientes, x_1, x_2, \dots, x_p , consiste en determinar el modelo matemático más ajustado que describa y como una función de las x o para predecir y a partir de las x . Término general para los métodos de análisis que

se ocupan de estimar los parámetros de alguna posible relación entre una variables respuesta y una o más variables explicativas. Según sea la variable dependiente, continua o dicotómica, se habla de regresión lineal o logística, respectivamente.

Análisis de la varianza (ANOVA): Conjunto de técnicas estadísticas para conocer el modo en que el valor medio de una variable es afectado por diferentes tipos de clasificaciones de los datos. Con el análisis de la varianza se pueden ajustar las estimaciones del efecto de un tratamiento según otros factores como sexo, edad, gravedad, etc.

Análisis estratificado: Análisis de los resultados de un ensayo clínico o un estudio observacional, con el fin de examinar si hay diferencias de respuestas asociadas a alguna característica (por ejemplo, edad o sexo).

Análisis factorial: Procedimiento estadístico multivariante que permite explicar la variabilidad de una gran cantidad de variables a partir de un número reducido de variables hipotéticas, llamadas factores.

Análisis multivariante: Cualquier método analítico que permite el estudio simultáneo de dos o más variables independientes. Término genérico para los métodos que están diseñados para determinar las contribuciones relativas de diferentes causas o factores protectores/riesgo a un solo suceso o resultado.

Análisis por intención de tratar: En un ensayo clínico, análisis de los datos de los pacientes según el tratamiento asignado inicialmente por distribución aleatoria, independientemente de que el paciente no recibiera después este tratamiento (por ejemplo, puede haber cambiado de grupo de tratamiento durante el estudio por razones clínicas).

Árbol de decisiones: Expresión gráfica de un análisis de decisiones.

Área bajo la curva: Área de la superficie limitada por el eje de abscisas y por una curva que siempre está por encima de dicho eje. El área bajo de la curva ROC (ABC) se puede emplear como un índice conveniente de la exactitud global de la prueba: la exactitud máxima correspondería a un valor de ABC de 1 y la mínima a uno de 0,5. (Ver Curvas ROC)

Artículo científico: Informe escrito que comunica por primera vez los resultados de una investigación. Los artículos científicos publicados en miles de revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia.

Artículo de revisión: Artículos de síntesis que resumen el conocimiento de un tema determinado y durante un periodo de tiempo definido. Junto con los libros, los artículos de revisión constituyen la literatura científica secundaria.

Azar: Se denomina así al proceso que ocurre de forma imprevisible, aleatoria, sin planeamiento ni influencia consciente.

Base de datos: Colección estructurada de datos homogéneos que está organizada de tal manera que se puede acceder a ella con una amplia variedad de programas de aplicación.

Bioestadística: Aplicación de la teoría y los métodos de la estadística a las ciencias biológicas. En sentido estricto, rama de la ciencia que aplica los métodos estadísticos a los problemas biológicos, aunque ahora se utiliza la mayoría de las veces para referirse a la estadística aplicada a la medicina y las ciencias de la salud.

“Blinding”: Ver Enmascaramiento. SIN: Cegamiento.

Buscadores: Motores de búsqueda de información en Internet que identifican la información contenida en bases de datos formadas a partir de publicaciones previamente indexadas. Ver Indización.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

CAT (“Critically appraised topic”): Herramienta de lectura crítica consistente en un resumen breve de las pruebas científicas más relevantes en respuesta a una pregunta clínica concreta.

Causalidad: Indica que las asociaciones encontradas entre las exposiciones y los efectos son realmente de tipo causal y no consecuencia de sesgos ni del efecto de factores de confusión.

Club de Lectura crítica (“Journal club”): Herramienta docente consistente en reuniones (habitualmente regulares) entre un grupo profesionales que realizan, de forma más o menos estructurada, la lectura crítica de un artículo científico (evaluación de su validez y aplicabilidad clínica).

Cociente de probabilidad: Véase Razón de probabilidad.

Coefficiente de correlación: Medida estadística del grado de asociación lineal entre dos variables x e y , que toma valores entre -1 y $+1$. El signo denota el sentido de la asociación: positiva si una variable aumenta cuando lo hace la otra; negativa si una variable aumenta cuando disminuye la otra. El valor absoluto indica la fuerza de asociación: 0 si las variables son independientes o de asociación nula; 1 si las variables son totalmente dependientes o de asociación total. El coeficiente de correlación que más se utiliza es el de Pearson.

Coefficiente de correlación de Pearson: Coeficiente de correlación lineal que se calcula dividiendo la covarianza de dos variables aleatorias por el producto de sus desviaciones estándar. Es el coeficiente de correlación más utilizado.

Coefficiente de correlación de Spearman: Coeficiente de correlación que se utiliza como alternativa al de Pearson cuando las variables x e y no verifican el modelo de correlación lineal (como cuando son discretas u ordinales o cuando su relación no es lineal). La interpretación de coeficiente de Spearman es igual que la de cualquier coeficiente de correlación.

Coefficiente kappa: Medida estadística de la concordancia o grado de acuerdo entre varios métodos o evaluadores. El coeficiente adopta el valor 1 cuando hay una concordancia perfecta; el valor 0 cuando la concordancia observada es igual a la debida al azar (concordancia esperada); y en el caso de que el acuerdo observado sea inferior al esperado el índice kappa es menor que 0.

Confusión: Situación en la que la estimación del resultado estudiado esta sesgada por algún factor relacionado con la exposición y el resultado.

Consentimiento informado: Procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Debe reunir por lo menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión. La voluntariedad implica que los sujetos puedan decidir libremente si quieren participar en un estudio, sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales, las posibles incomodidades derivadas de la participación y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello dé lugar a perjuicio, en este contexto es básica la comprensión de la información, que no sólo depende de esta, sino también de la competencia de quien la recibe, es decir de su capacidad para comprender.

Criterios: Condiciones utilizadas como un estándar para juzgar los atributos.

Criterios de selección: Características sociodemográficas, clínicas, etc. que determina que los pacientes puedan ser o no incluidos en un estudio. Nos van a servir para definir la población de estudio.

Curvas ROC (“Receiver Operating Characteristic”): Representación gráfica asociada a un método de diagnóstico que se basa en la medición de una variable en cada individuo. Para cada punto de corte (valor de la variable a partir del cual se diagnostica la enfermedad) se calculan la proporción de falsos positivos (1-especificidad, en el eje de abscisas) y la sensibilidad (1-falsos negativos, en el eje de ordenadas), obtenido así una curva (ROC) que describe la actuación del método diagnóstico para cada punto de corte. Permite decidir cuál es el punto de corte idóneo para cada prueba.

DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): Tesauro que puede considerarse, hasta cierto punto, como una versión en español del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. *National Library of Medicine*. Fue desarrollado a partir de él con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas (español, inglés y portugués), proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

Descriptor: Término del lenguaje documental, carente de variabilidad, sinonimia y polisemia, escogido para representar el contenido de un documento, que puede ser utilizado en el análisis y recuperación de la información. Relacionado con Palabra clave.

Diseño: Conjunto de estrategias y procedimientos que se seguirán para dar respuestas al problema y comprobar la hipótesis. Engloba al selección del tipo de estudio, la población a estudiar, la definición de las variables y escalas de medición y los métodos de recogida, procesado y análisis de los datos.

Docencia virtual (“on-line” o “e-learning”): Definida como la utilización de las nuevas tecnologías multimedia y de Internet para mejorar la calidad del aprendizaje, facilitando el acceso de recursos y servicios; así como los intercambios y la colaboración a distancia.

Efectividad: Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica clínica habitual, sobre una población determinada.

Efecto indeseado: Ver Reacción Adversa.

Eficacia: Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en condiciones ideales de aplicación.

Eficiencia: Relación entre los efectos o resultados finales que se alcanzan con una intervención y coste que supone la misma (recursos humanos, materiales y de tiempo).

Enmascaramiento: Procedimiento por el que se asegura que los sujetos participantes en un ensayo clínico, los observadores o ambos, no conocen el tratamiento u otra característica que pudiera sesgar los resultados. Se denomina simple ciego cuando el sujeto, pero no el observador ignora cuál de los posibles tratamientos recibe; doble ciego es cuando sujeto y observador ignoran el tratamiento recibido; y triple ciego es cuando el sujeto participante, el investigador observador y el investigador que analiza los datos ignoran el tratamiento recibido. SIN: Cegamiento.

Ensayo clínico: “Toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o de detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia” (Real Decreto de 16 de febrero de 2004).

Ensayo clínico controlado: Ensayo clínico en el que los sujetos son asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento alternativo. En el *ensayo clínico controlado aleatorizado* la asignación a un tratamiento experimental o control se realiza al azar de forma que ni el sujeto ni el investigador responsable de su selección o tratamiento puedan influir en su asignación.

Entrevista semiestructurada: método de obtención de datos en metodología cualitativa en el cual se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir: el investigador antes de la entrevista prepara un guión temático (preguntas abiertas) sobre lo que quiere que hable el informante.

Epidemiología: Estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de poblaciones. Ciencia que investiga las causas y la historia de las enfermedades y el desarrollo de éstas en relación con determinadas intervenciones o exposiciones.

Epistemología: Teoría de los fundamentos y métodos del método científico. Disciplina que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento.

Equivalencia: capacidad del instrumento de proporcionar los mismos valores en las mismas condiciones clínicas cuando las mediciones las hacen distintas personas.

Error aleatorio: Las diferencias de medidas entre la realidad y nuestra muestra, y son debidas al azar.

Especificidad: Referida a una prueba diagnóstica; representa la probabilidad de obtener un resultado negativo en los pacientes sin la enfermedad.

Estadística: Recopilación y organización de hechos o datos numéricos, sobre todo cuando hay muchos. Conjunto de métodos que ayudan a la toma de decisiones frente a la incertidumbre. La estadística no ofrece pruebas ni certidumbre, sino probabilidades.

Estadístico: Medida estadística (media, mediana, etc...) calculada sobre los datos de una muestra.

Estadístico kappa: Medida del acuerdo, corregida por el azar, aplicada a datos binarios u ordinales. Se calcula como la proporción de acuerdo, aparte del que ya sería de esperar por azar, que ha sido observado entre dos repeticiones del mismo instrumento.

Estudios ambiepectivos: Estudios que se inician como los retrospectivos (Ver: Estudios retrospectivos) para el análisis de un fenómeno ya ocurrido y, posteriormente, continuamos con un seguimiento prospectivo hasta la aparición de un efecto a largo plazo (Ver Estudios prospectivos).

Estudios analíticos: Estudios diseñados para examinar asociaciones, cuyo objeto final suele ser identificar o medir los efectos de factores de riesgo o de intervenciones específicas sobre la salud.

Estudios de caso-control: Estudios en los que la selección de la población a estudiar se hace en función de la presencia o ausencia de una enfermedad o efecto, eligiéndose un grupo de individuos que tienen la enfermedad o efecto (casos), y otro que no los presenta (controles).

Estudios de cohortes: Tipo de estudios en los que los sujetos del estudio se seleccionan a partir presencia o ausencia de la exposición que se trata de analizar y de la que se sospecha es responsable del efecto observado.

Estudio descriptivo: Estudio cuyo objetivo es constatar hechos, observar lo que ocurre en nuestra población. Permiten generar hipótesis.

Estudio experimental: Estudio en el que el investigador asigna y controla el factor de estudio.

Estudios de incidencia: Tipo de estudios en los que seguimos a una población determinada a lo largo del tiempo para analizar la aparición o no de un fenómeno de interés. La unidad de análisis es el individuo.

Estudios longitudinales: Estudios en los que la recogida de los datos de interés hace referencia a dos momentos separados en el tiempo (se analizan los sujetos en varios momentos a lo largo del tiempo).

Estudios observacionales: Estudios en los que el investigador no participa directamente en la intervención o exposición (factor de estudio), se limita a observar (registrar) lo que ocurre en la realidad.

Estudios pragmáticos: Estudios cuyo objetivo principal es la evaluación de la adecuación de la práctica asistencial en condiciones normales.

Estudios pre y post-intervención: Estudios en los que se registran la situación basal de la muestra y los cambios que experimenta tras su exposición a una determinada intervención.

Estudios de prevalencia: Estudios en los que se describe una serie de variables en una población determinada y en un momento determinado. La unidad de análisis es el individuo.

Estudios prospectivos: Tipo de estudios en los que los hechos a estudiar no han tenido lugar aun y los sujetos son seguidos hasta obtener el resultado.

Estudio retrospectivo: Estudio en el cual los hechos a estudiar ya han tenido lugar al iniciar el estudio.

Estudio transversal: Tipo de estudio en el que se estudia la exposición y el desenlace al mismo tiempo.

Evaluación crítica: Véase Lectura crítica.

Evaluación económica: Análisis comparativo de opciones alternativas en términos de sus costes y consecuencias. Los estudios de evaluación económica pueden ser *parciales*, cuando sólo se describen los costes, los resultados o ambos a la vez pero de una única opción o que comparan dos o más alternativas pero sólo en función de sus costes o de sus consecuencias sin valorar ambos a la vez, o *completos*, cuando se analizan comparativamente dos o más alternativas mediante la valoración de los costes y de las consecuencias de cada una de ellas.

Evaluación de tecnologías sanitarias: Proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria (véase) en la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico, social e, incluso, implicaciones éticas.

Exploración complementaria: Conjunto de pruebas diagnósticas realizadas con la finalidad de confirmar una hipótesis diagnóstica o hacer el seguimiento de la patología de un paciente.

Factibilidad: Indica las posibilidades reales y práctica de que un instrumento de medida pueda ser contestado, completado y analizado. Está relacionado con el nivel de aceptabilidad del instrumento y se refleja en la proporción de rechazos, no respuesta y datos perdidos.

Factor de confusión: Variable que está simultánea e independientemente asociada al factor de riesgo estudiado y a la enfermedad estudiada, que puede modificar el resultado del estudio. Tal variable debe ser identificada y se debe evitar

su influencia antes de la recogida de datos (mediante el emparejamiento o la restricción) o bien en la fase de análisis, mediante el análisis estratificado y la regresión múltiple.

Factor de impacto: Indicador bibliométrico, elaborado por el ISI (véase) y publicado en el *Journal Citation Reports*, que mide el uso de las revistas. Suele calcularse dividiendo el número de veces que son citados los artículos publicados en una revista durante un plazo de tiempo (habitualmente dos años), entre el número de artículos publicados por esa misma revista y en ese mismo plazo de tiempo. Puede modificarse para calcular el impacto de autores, instituciones... SIN: "Impact Factor".

Factor pronóstico: Factor (como p. ej. edad, sexo, factor de riesgo) relacionado con la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o resultado clínico.

Factor de riesgo: Factor relacionado con el riesgo de que ocurra un suceso (p. ej. enfermar).

Falso negativo: Referido a una prueba diagnóstica, número de enfermos en que el resultado sería negativo.

Falso positivo: Referido a una prueba diagnóstica, número de sanos en que el resultado sería positivo.

Fenomenología: método de investigación cualitativa que se puede definir como la "investigación sistemática de la subjetividad". Busca conocer y describir los significados que los individuos dan a una experiencia, intentando ver las cosas desde el punto de vista de quienes la han vivido.

Fiabilidad: Grado de consistencia con que mide el atributo para el que está diseñado. La consistencia implica la ausencia de variabilidad o desacuerdo en repetidas observaciones o mediciones. Grado en que las mismas mediciones de los individuos que se obtienen en diferentes condiciones dan resultados similares.

Fiabilidad inter-observador (inter-ratio): Mide la variación que ocurre entre diferentes observadores al medir a un mismo individuo con un mismo instrumento (comprobado).

Filtros metodológicos: Son estrategias de búsqueda que nos ayudan a encontrar, en bases de datos como Medline, diferentes tipos de estudio sobre tratamiento, diagnosis, etiología o pronóstico. En Pubmed se aplican a través de la herramienta "Clinical Queries".

Forest/ Forest Plot: Tipo de gráfico ampliamente utilizado para representar los resultados de los diversos estudios seleccionados para una revisión sistemática. El Forest Plot ayuda a decidir si los resultados de los estudios individuales son suficientemente similares para poder ser combinados en una sola estimación.

Fracción de riesgo atribuible: Proporción de enfermos en el grupo expuesto que pueden atribuir su enfermedad al hecho de haber estado expuestos a un factor de riesgo determinado ($I_E - I_{NE}/I_E$). SIN: Proporción de riesgo atribuible; fracción etiológica en los expuestos. Ver Riesgo atribuible.

Generabilidad: Ver Validez externa.

“Gold Standard”: Es el criterio que define quién tiene “realmente” la enfermedad (o condición) que se analiza. Es el procedimiento diagnóstico definitivo que determina el verdadero estado del paciente (enfermo o no) y, en consecuencia, la prueba de referencia con la que se compara la prueba diagnóstica en estudio. SIN: Patrón oro.

Grado o nivel de significación: En las pruebas de significación estadística, es el valor de p, el cual, en sentido estricto, en un estudio debe ser pre especificado en la fase de diseño, el nivel aceptado con mayor frecuencia es de 0,05. Ver P (probabilidad); Significación clínica; y Significación estadística.

Grupo de comparación: distintos grupos que intentamos comparar en un estudio analítico, ya sean estudios caso-control, estudios de cohortes o ensayos clínicos.

Grupo control: En un ensayo clínico, el grupo que recibe placebo o bien un tratamiento activo ya conocido, aceptado y establecido. SIN: Grupo de referencia.

Grupo intervención: En un ensayo clínico, el grupo que recibe el tratamiento que se desea evaluar.

Guía de práctica clínica: Conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéutica más adecuada en el abordaje de una condición clínica específica.

Hipótesis: Suposición, fundada en observaciones o reflexiones, que puede conducir a predicciones refutables. También, conjetura elaborada de forma que pueda ser comprobada y refutada.

Hipótesis nula: Presunción de que los resultados observados en un estudio (por ejemplo el aparente efecto beneficioso de una intervención) fueron debidos al azar.

Incremento absoluto del riesgo (IAR): Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, diferencia absoluta entre las tasas de acontecimientos adversos.

Incremento relativo del riesgo (IRR): Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, aumento proporcional de la tasa de acontecimientos adversos en el grupo experimental relativa a la tasa en el grupo de referencia.

Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS): Base de Datos de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Contiene referencias de artículos de revistas científico-sanitarias editadas en España e incluye contenidos de las diferentes ramas de las ciencias de la salud tales como Medicina (incluyendo Salud Pública, Epidemiología y Administración Sanitaria), Farmacia, Veterinaria, Psicología, Odontología y Enfermería.

Índice Médico Español (IME): Base de datos referencial bibliográfica, creada y gestionada por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (IHCD), centro mixto de la Universidad de Valencia y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Cubre 321 publicaciones periódicas editadas en España especializadas en Biomedicina (Administración sanitaria, Farmacia clínica, Medicina experimental, Microbiología, Psiquiatría, Salud pública).

Indización: Proceso por el que el documentalista asigna unos descriptores que describen el contenido conceptual del documento con el fin de facilitar su recuperación. SIN: Indexar.

Ineficiencia: Situación en la cual los recursos no son empleados de la forma en que se incrementarían los beneficios producidos.

Inferencia: Proceso de pasar de las observaciones y axiomas a la generalizaciones. En estadística, desarrollo de la generalización a partir de los datos de la muestra, generalmente con un margen de incertidumbre.

Interpretabilidad: Grado en el que uno puede asignar un significado comprensible a las puntuaciones cuantitativas del instrumento.

Intervalo de confianza: Margen o recorrido comprendidos entre dos valores extremos (el límite inferior y el superior), entre los que cabe esperar el valor medio real de la población con un margen grado prefijado de seguridad (habitualmente del 95%). Ver Nivel de confianza.

Intervención: Cualquier acción (preventiva, diagnóstica, sintomática o curativa) aplicada con el fin de modificar el curso de la situación previa. Cualquier tratamiento o actuación sanitaria que queramos evaluar.

Investigación científica: proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen la solución o respuesta a tales interrogantes.

Investigación cualitativa: categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, y otros medios audiovisuales; tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno.

Investigación cuantitativa: forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados.

ISI: El Institute for Scientific Information fue creado por Eugene Garfield en 1958 con el objeto de publicar el primer Current Contents que cubría unas 200 revistas. En 1971, cubría más de 4000 revistas, publicaba más de 650 páginas de contenidos a la semana, y era consultado por más de un millón de científicos. En 2001, se desarrolló el ISI Web of KnowledgeSM, que integra literatura científica, tanto revistas (journals) como actas (proceedings), patentes, compuestos químicos, y hasta secuencias genómicas. El ISI fue adquirido por The Thomson Corporation, que lo convirtió en el Thomson Institute for Scientific Information. Es, por tanto, una institución privada que produce diversas Bases de Datos de primer orden en calidad y utilidad en la investigación científica, pero que sobre todo ha obtenido un notable éxito por la difusión de lo que se conoce como Impact Factor o Factor de Impacto.

“Key Word”: Ver Palabra clave.

Lectura crítica: Es el proceso de evaluar e interpretar la evidencia aportada por la literatura científica, considerando sistemáticamente los resultados que se presentan, su validez y su relevancia para el propio trabajo (aplicabilidad clínica). SIN: Evaluación crítica.

Límites: Opción que ofrecen varias bases de datos, como Medline, que permite limitar/restringir una búsqueda de acuerdo a unas características como, por ejemplo, artículos publicados en un idioma determinado, tipo de publicación (revisión, ensayo clínico), o grupo de edad, sexo, etc.

“Likelihood Ratio” (LR): Véase Razón de probabilidad.

Literatura inédita: Literatura que no ha sido publicada. SIN: Literatura gr

Literatura gris: También llamada literatura no convencional, semipublicada o

invisible. Es aquella que no difunde o localiza por los medios habituales por lo que su acceso es problemático.

Medicina Basada en la Evidencia (MBE): Práctica de la medicina basada en la integración de la maestría clínica de cada médico (es decir, el dominio del conocimiento y el juicio adquirido por la experiencia) con las mejores pruebas clínicas externas disponibles; consiste en abordar los problemas clínicos mediante una revisión bibliográfica sistemática y la evaluación crítica de los resultados obtenidos en los estudios científicos, con objeto de utilizar la mejor información disponible como base para perfeccionar las estrategias y guías de práctica clínica y de este modo la atención del paciente. También ha sido definida como “la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente”.

MeSH (“Medical Subject Headings”, Encabezamientos de Materias Médicas): es el tesoro (diccionario que permite conocer la equivalencia entre los términos del lenguaje natural y los del lenguaje documental) de la base de datos Medline. Ver: Tesoro.

MeSH Subheading: Subencabezamiento propio de MeSH. Permite restringir la búsqueda en base a un aspecto del término MeSH seleccionado (por ejemplo: diagnóstico, etiología..). Ver: subencabezamiento.

Meta-análisis: Integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios sobre un problema determinado. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de los resultados de todos los estudios disponibles.

Metabuscadore: Recurso de búsqueda de información que realiza una búsqueda simultánea en múltiples bases de datos.

Muestra: Fracción seleccionada de una población determinada, idealmente representativa de la población de referencia y de tamaño suficiente.

Muestreo: Herramienta de la investigación científica, cuya función básica es determinar que parte de una población debe examinarse, con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población

Muestreo probabilístico (aleatorio): método de muestreo probabilístico en el cual cada participante potencial de la población estudiada tiene la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra.

Muestreo intencionado: Método de muestreo no probabilístico que se

caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.

Nivel de confianza: Se expresa en términos probabilísticos y se interpreta como la probabilidad de que el verdadero parámetro poblacional esté dentro del intervalo de confianza. Ver Intervalo de confianza.

Nomograma de Fagan: Método de cálculo de la probabilidad post-test o post-prueba mediante la representación gráfica de una tabla. Permite conocer la probabilidad post-prueba mediante el trazo de una línea que une la probabilidad pre-prueba (prevalencia) y el valor (positivo o negativo) correspondiente a la razón o cociente de probabilidad; el siguiente punto de intersección con la línea situada a la derecha, señala la probabilidad post-test.

Número necesario para dañar (“number needed to harm”, NNH): Número de pacientes que deben tomar el tratamiento experimental para que se produzca un caso adicional de un determinado acontecimiento adverso, en comparación con los pacientes que reciben el tratamiento de referencia.

Número necesario para tratar (“number needed to treat”, NNT): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Nos informa del número de pacientes que hay que tratar para prevenir un acontecimiento adverso adicional. Se calcula como $1/\text{RAR}$.

Odds: Se llama odds a la razón en la que el numerador es la probabilidad de que ocurra un suceso y el denominador es la probabilidad de que tal suceso no ocurra ($P/1 - P$).

Odds ratio (OR): Resultado de dividir la odds del grupo de interés (expuesto) por la odds del grupo de referencia (control). Si el $\text{OR} = 1$ el riesgo o probabilidad de que ocurra el evento es el mismo para ambos grupos, se considera el valor nulo; si el $\text{OR} > 1$ se interpretará como una asociación positiva o que aumenta el riesgo; y si el $\text{OR} < 1$ se interpretará como una asociación negativa o que disminuye el riesgo. Se considera una medida de asociación o de riesgo, y permite interpretar tanto la dirección de la asociación como su magnitud (mayor cuanto más se aleje del valor nulo 1).

Operadores booleanos: Partículas habitualmente expresadas en inglés (principalmente AND, OR, y NOT) que indican operaciones lógicas entre conceptos. Las operaciones son las de intersección (AND = recupera los documentos que contengan ambos términos), adición (OR = recupera los documentos que contengan tanto un término como otro, o la suma de los dos) o exclusión (NOT = sirve para excluir documentos que tienen un determinado término). Otros serían: NEAR

(busca documentos donde las dos palabras que enlaza NEAR estén separadas entre sí por un máximo de seis palabras en cualquier orden); y NEXT (recupera documentos donde las dos palabras están juntas en ese orden).

P: Indica la probabilidad de que la diferencia observada en una muestra haya ocurrido puramente por azar siendo los grupos comparados realmente semejantes, es decir, bajo la hipótesis nula.

Palabra clave: Término propio del lenguaje natural, sin otras normas que las del habla de la cual procede, que puede utilizarse en la búsqueda de información. Con frecuencia se utiliza como sinónimo de Descriptor, pero este uso no es correcto y conviene evitarlo. En MeSH las palabras clave son el equivalente a los términos de entrada (Entry Terms) de un diccionario de idiomas. SIN: "Key word".

Palabra de texto: PubMed considera "palabras de texto" a todos los números y términos con significado que aparecen, entre otros menos importantes, en los campos título (title [TI]), resumen (abstract [AB]), descriptores (MeSH terms [MH]), subencabezamientos (MeSH Subheadings [SH]), así como los nombres de sustancias químicas (Substance Name [NM]) y los nombres de personas (Personal Name [PS]) cuando unas y otras son la materia del artículo. Sin: Text Word.

Panel de expertos: Reunión de un grupo de profesionales de prestigio en una determinada materia que abordan, exponen, contrastan ... sus opiniones y experiencias sobre la actuación en un tema preocupante de interés para el que se busca la mayor uniformidad de criterios que no es posible obtener por otro tipo de estudios más eficientes.

Perdidas de seguimiento: Aquellos pacientes que son perdidos durante el estudio y en los cuales no podemos valorar los resultados finales.

Población: Grupo individuos, objetos, mediciones, etc., con determinadas características demográficas, de donde se obtiene la muestra y a la que se quiere hacer inferencia de los resultados de un estudio.

Prevalencia: Número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dados.

Prevalencia del test: Número total de positivos obtenidos al realizar una prueba diagnóstica en relación al total de sujetos que componen la muestra estudiada.

Probabilidad: Es el cociente entre los casos posibles de que ocurra un hecho dividido por el total de casos.

Probabilidad pretest o preprueba: Proporción de pacientes que tienen la enfermedad en la muestra estudiada, y cuyo diagnóstico es fehacientemente establecido por un estándar de referencia. Es la prevalencia de la enfermedad.

Probabilidad postest o posprueba: Probabilidad de tener una enfermedad tras la realización de una prueba diagnóstica.

PubMed: Es la principal herramienta para buscar citas procedentes de la base de datos Medline, revistas biomédicas y libros on-line, de los campos de la medicina, enfermería, odontología y veterinaria principalmente. Además proporciona acceso a otros recursos adicionales del National Center for Biotechnology Information (NCBI). Se trata de un motor de búsqueda de libre acceso desarrollado y mantenido por el NCBI, en la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos, situada en el National Institutes of Health (NIH).

Randomización: Ver Aleatorización.

Razón de probabilidad (RP): Probabilidad de un resultado en los enfermos dividido por la probabilidad de ese mismo resultado en no enfermos. La *razón de probabilidad de un resultado positivo* es la probabilidad de un resultado positivo en los enfermos (sensibilidad) dividido por la probabilidad de un resultado positivo en los no enfermos (tasa de falsos positivos o complementario de la especificidad). La razón de probabilidad de un resultado negativo es la probabilidad de un resultado negativo en los enfermos (tasa de falsos negativos o complementario de la sensibilidad) dividido por la probabilidad de un resultado negativo en los no enfermos (especificidad). SIN: Cociente de probabilidad; Likelihood Ratio; Razón de verosimilitud.

Razón de verosimilitud: Ver Razón de probabilidad.

Reacciones adversas a medicamentos (RAM): Según la OMS, “reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”. Las reacciones adversas se clasifican en dos grandes grupos: RAM tipo A, de tipo cuantitativo o predecibles, y RAM tipo B, de tipo cualitativo o no predecibles. SIN: Efecto indeseado.

Reducción absoluta del riesgo (RAR): Diferencia aritmética absoluta entre la tasa de acontecimientos (riesgo de evento) en el grupo control y la tasa de acontecimientos (riesgo de evento) en el grupo experimental (o grupo de tratamiento). Un valor del RAR igual a 0 significa que no hay diferencias entre los dos grupos (el tratamiento carece de efecto); un RAR positivo indica que el tratamiento tiene un efecto beneficioso; un valor de RAR negativo indica que el tratamiento tiene un efecto perjudicial.

Reducción relativa del riesgo (RRR): Cociente entre la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el riesgo en el grupo control. Informa del porcentaje en que se reduce el riesgo del evento debido a la exposición o tratamiento experimental.

Referencia bibliográfica: Conjunto de datos que nos permite identificar una publicación o parte de la misma como puede ser, por ejemplo, un artículo de revista.

Repetibilidad: Referida a una prueba, es el grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que aquella se lleva a cabo por los mismos profesionales y los mismos emplazamientos.

Reproducibilidad: Grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que una prueba se lleva a cabo por distintos profesionales y es distintos ámbitos. SIN: Estabilidad.

Revisión: Se denomina así a todo intento que sintetice los resultados y las conclusiones de dos o más publicaciones relacionadas con un tema dado.

Revisión bibliográfica: Recopilación de literatura realizada sobre un tema concreto en un intervalo de tiempo concreto del que se realiza un resumen y en el que no quedan explícitos los criterios de búsqueda y se destacan las conclusiones a criterio del autor.

Revisiones narrativas: Se basan en el análisis que hace un experto de los estudios originales existentes sobre un determinado tema o problema para posteriormente subrayar aquellos resultados que considera más importantes.

Revisiones sistemáticas: Revisión en las que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Se fundamenta en un proceso de múltiples pasos en el que: se formula una pregunta, se identifican los estudios pertinentes y se valora su calidad; los resultados de los estudios pertinentes se extraen y se sintetizan cuantitativamente (en forma de meta-análisis) o cualitativamente, y se sacan conclusiones. Ver Síntesis.

Riesgo: Resultado predecible o incierto desfavorable de una actividad, intervención o exposición. Probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno adverso.

Riesgo atribuible (RA): Representa el exceso de riesgo de enfermar entre los individuos expuestos a un factor de riesgo determinado comparados con los individuos no expuestos. Nos da información sobre el efecto absoluto de la exposición. Es la diferencia de incidencias del grupo expuesto y no expuesto ($I_E - I_{NE}$).

Riesgo relativo (RR): Cociente entre el riesgo de padecer un acontecimiento entre los individuos expuestos y el riesgo de padecerlo entre los no expuestos (I_E/I_{NE}). En el caso de evaluar el efecto de un tratamiento representa el riesgo de un resultado en el grupo de tratamiento dividido por el riesgo de ese evento en el grupo control. Un RR con valor igual a 1 indica que no hay diferencias entre los dos grupos (no se asocia la exposición a la enfermedad); un valor del RR < 1 indica que el tratamiento reduce el riesgo del evento (también indicaría un efecto protector de la exposición); y un RR > 1 significa que el tratamiento incrementa el riesgo del evento (o que la exposición supone un factor de riesgo de enfermar). También se puede denominar razón o cociente de riesgos.

Seguimiento: Periodo de duración de un estudio durante el cual se mantienen contactos periódicos con los participantes en el mismo con el fin de evaluar las variables de estudio.

Sensibilidad: Referida a una prueba diagnóstica, indica la probabilidad de obtener un resultado positivo en los pacientes con la enfermedad.

Serie de casos: Tipo de estudio que describe una serie de características poco conocidas de un proceso o tratamiento y facilitan el conocimiento del mismo y su evolución en el tiempo.

Sesgo: Error sistemático producido en la estimación de los resultados, a causa de defectos en el diseño del estudio, recogida de datos o seguimiento.

Sesgo de atención: Ocurre cuando los participantes de un estudio pueden alterar su comportamiento al saber que están siendo observados. SIN: Sesgo (o efecto) de Hawthorne.

Sesgo de desgaste: Diferencias sistemáticas que se producen entre los grupos de un ensayo clínico por la pérdida de participantes durante el estudio.

Sesgo (o efecto) de Hawthorne: Ver sesgo de atención.

Sesgo de información: Sesgo relacionado con la forma en la que se obtuvieron los datos. Entre ellos se incluyen los errores cometidos en la valoración del estado de los pacientes al inicio, durante o al final del estudio; también los que ocurren cuando los datos se obtienen de fuentes sin que se conozca la calidad de las mismas. Algunos de los sesgos de información serían: el sesgo del recuerdo o de memoria, sesgo de sospecha diagnóstica, sesgo del entrevistador...

Sesgo de interpretación de las pruebas: Error sistemático que surge debido a la realización de las pruebas de forma no independiente y a ciegas con la consecuencia de que el conocer los resultados de una prueba influye en los de la otra.

Sesgo de publicación: Sesgo que surge debido a la tendencia a publicar sólo estudios con resultados positivos.

Sesgo de selección: Error sistemático consecuencia de que las características de los sujetos incluidos en un estudio son diferentes de las características de los no incluidos, de modo que la muestra no es representativa de la población de referencia. Se incluyen en este grupo el sesgo de los voluntarios, el de prevalencia-incidencia, el de los emigrantes, el de selección no aleatorizada, el de Berkson, el de pertenencia a grupo, el del trabajador sano...

Sesgo de recuerdo o de memoria: Error sistemático causado por inexactitudes en el recuerdo de los participantes de un estudio con respecto a comportamientos y eventos o experiencias del pasado.

Sesgo de reproducibilidad: Sesgo debido a la ausencia de información detallada de las condiciones en que se ha aplicado la prueba, así como las definiciones de los resultados positivos y negativos.

Sesgo de resultados no interpretables: Error sistemático consecuencia de no incluir pacientes en diferentes estadios de la enfermedad.

Sesgo de sospecha diagnóstica: Sesgo que ocurre cuando la interpretación de una prueba se haga conociendo el resultado de otra.

Sesgo de verificación o de confirmación diagnóstica: Sesgo que ocurre cuando el estudio se limita a individuos sobre los que se realizó con anterioridad la prueba "gold Standard", que suelen ser los de mayor probabilidad de padecer enfermedad.

Sesgo por ausencia de "gold standard": Error sistemático que se produce cuando entre los criterios de referencia que se emplean en la comparación de la utilidad de una prueba diagnóstica (en ausencia de "gold standard") se incluye la prueba de estudio.

Significación clínica: Probabilidad de que una diferencia observada tenga una repercusión sobre el curso del problema o enfermedad tratados que sea relevante para un paciente dado o para un conjunto de pacientes.

Significación estadística: Probabilidad de que una diferencia observada sea resultado de la casualidad y no de los determinantes causales en un estudio. El hallazgo de una significación estadística no implica necesariamente significación clínica.

Sinopsis: Fuentes de información que recogen resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas de alta calidad o de artículos originales.

Síntesis: Fuentes de información que se fundamenta en la agrupación de los datos provenientes de publicaciones originales, siguiendo una metodología específica, tanto en la búsqueda como en el análisis estadístico posterior. SIN: Revisiones sistemáticas.

Sistema: Fuente de información que se caracteriza por tratar de integrar y resumir las evidencias provenientes de la investigación, pertinentes e importantes sobre un determinado problema clínico, y en las que las características individuales del paciente se vinculan automáticamente a esta evidencia.

Sumarios: Documentos que integran información basada en la evidencia sobre un problema clínico específico y se actualizan regularmente.

Tamaño de la muestra: Número mínimo necesario de sujetos que participan en un estudio, pero a su vez suficiente para proporcionar una respuesta fiable al objetivo final de dicho estudio. La determinación de dicho tamaño mínimo es de naturaleza estadística y depende de varios factores.

Tecnología sanitaria: Conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médicos y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención sanitaria.

Teoría estadística de Bayes o Teorema de Bayes: Establecimiento inductiva de la probabilidad de una hipótesis a partir de algunas observaciones. Según el teorema de Bayes, la probabilidad posterior (o a posteriori) de una hipótesis es igual a una constante, multiplicada por la verosimilitud o posibilidad de la hipótesis (definida como la probabilidad de observar unos acontecimientos determinados si la hipótesis considerada fuera de hecho cierta) y por la probabilidad anterior de la hipótesis.

Tesaurus: Es un repertorio de términos con expresión de las relaciones semánticas que los unen. Habitualmente consta de dos partes, una sección categorizada, que expresa las relaciones jerárquicas, genérico-específicas, entre los términos normalizados (descriptores), lo que nos permite conocer el campo semántico (significado) que abarcan los distintos términos. La sección alfabética es una ordenación de todos los términos, normalizados (descriptores) o no normalizados (palabras clave), que de forma similar a un diccionario de idiomas, permite conocer las relaciones de equivalencia entre unos y otros términos.

Test Chi cuadrado (χ^2): Prueba estadística utilizada para determinar el grado de asociación entre variables categóricas (véase).

Test de McNemar: Prueba de significación estadística para probar la hipótesis nula de inexistencia de cambios en la proporción de sujetos que experimentan

un acontecimiento, cuando cada individuo es evaluado dos veces (en condiciones diferentes) y los datos están emparejados.

Test T de Student: Prueba de significación estadística paramétrica (véase) para contrastar la hipótesis nula respecto a la diferencia entre dos medias.

Test U de Mann-Whitney: Prueba de significación estadística no paramétrica (véase) para probar la hipótesis nula de que el parámetro de localización (generalmente la mediana) es el mismo cuando se comparan dos grupos independientes, cualquiera que sea el tipo de distribución de la variable (distribución normal o de otro tipo).

Test de Wilcoxon: El contraste de Wilcoxon es la técnica no paramétrica paralela al test T de Student para muestras apareadas.

Umbral de decisión: Nivel de probabilidad a partir del cual el beneficio previsible de toma una decisión de intervenir iguala o mejora al beneficio de no tomarla

Validez: Capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado, denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.

Validez externa: Grado en que las conclusiones obtenidas con la muestra de población que participa en un estudio pueden ser generalizadas a su población de referencia o a otras poblaciones, lugares, momentos e investigaciones.

Validez interna: Grado en que los resultados de un estudio miden la realidad para la muestra de población que participa en un estudio. Grado en que un estudio está libre de sesgos.

Valor predictivo negativo (VPN): Referido a una prueba diagnóstica, indica la probabilidad de no presentar la enfermedad dado que la prueba ha resultado negativa (probabilidad de que una persona con un resultado negativo sea un verdadero negativo).

Valor predictivo positivo (VPP): Referido a una prueba diagnóstica, indica la probabilidad de presentar la enfermedad dado que la prueba ha resultado positiva (probabilidad de que una persona con un resultado positivo sea un verdadero positivo).

Variabilidad: Variación entre individuos debido a determinantes genéticos, ambientales o patológicos (variabilidad interindividual), u oscilación de variables biológicas en un mismo individual según las circunstancias (variabilidad intraindividual).

Variable: Cualquier atributo, fenómeno o hecho que pueda tener diferentes valores.

Variable categórica: Se dice de la variable que presenta interrupciones. Una variable es categórica si, entre varios valores potencialmente observables, hay un valor que no puede ser observado. Ejemplo: variables binarias.

Variable continua: Se dice de la variable que no presenta interrupciones. Una variable es continua si, entre dos valores observables, siempre existe la posibilidad de que haya otro valor observable. Ejemplos: edad, peso, altura.

Verdaderos negativos: Grupo de pacientes sanos en los que el test es negativo.

Verdaderos positivos: Grupo de pacientes con enfermedad y que además son detectados por el test (resultado positivo del test).

Información adicional en: <https://www.cebm.net/2014/06/glossary/>

