



CARTAS AL DIRECTOR

Psiquiatría basada en la evidencia como paradigma de la calidad asistencial



Evidence-based psychiatry as a paradigm of quality care

Sra. Directora:

Desde que en 1992 la revista *JAMA* publicase el artículo fundacional de la medicina basada en la evidencia (MBE), o para ser fidedignos a la traducción del inglés, la *medicina basada en pruebas*¹, no han faltado las críticas a lo que se presentó como un nuevo y revolucionario paradigma en medicina y sus especialidades. En lo concerniente a la psiquiatría, «rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar» (si tomamos la definición de Francisco Alonso-Fernández, una de las 3 definiciones de psiquiatría más aceptadas en el mundo hispanoparlante²), más acentuadas si cabe, consecuencia de ese componente humanista, sin duda inherente a la especialidad.

Las propias limitaciones de los ensayos clínicos aleatorizados, los metaanálisis y las revisiones sistemáticas (patrón oro de la MBE), la excesiva tecnologización, el reduccionismo de la psiquiatría a disciplina neurobiológica, la publicación sesgada mayoritaria de los estudios con resultados positivos, los intereses de la industria farmacéutica, la cosificación del paciente a una serie de datos y cifras, entre otros, han sido planteados de forma crítica para cuestionar la validez de la MBE³. No faltan los razonamientos sólidos en estas críticas, y el debate sigue vivo para algunos sectores, mientras otros ya la han asumido e integrado en su práctica clínica habitual sin mayores cuestionamientos respecto a la validez.

Hace ya casi 2 décadas, Lolas reflexionaba en el artículo *La medicina como ciencia de acciones: consecuencias para la psiquiatría*⁴: «la medicina es el arte por excelencia de la interpersonalidad al servicio de las necesidades humanas»; «es necesario recordar la enseñanza de la casuística, que siempre tomaba (y toma) en cuenta la circunstancia (*circum stare*, lo que rodea) para emitir valoración y juicio», reflexiones estas en relación con consideraciones bioéticas, especialidad del autor, que en nuestra opinión aplican perfectamente a la cuestión de la psiquiatría basada en pruebas. Como instrumento para medir, los autores no dudamos de que la aportación de

este concepto resulta innegable y muy provechosa, aunque debiéramos tomar en consideración algunas precauciones en el momento de buscar y aplicar una revisión sistemática (investigación científica en la que la unidad de análisis es el ensayo clínico aleatorizado), para adecuar nuestra práctica clínica a la mejor evidencia científica disponible^{5,6}:

1. ¿Los hallazgos son aplicables a nuestro paciente? Tal vez nuestro paciente en particular presente una característica concreta que haya sido criterio de exclusión en todos los ensayos clínicos incluidos en la revisión sistemática.
2. ¿Resulta factible la intervención en nuestro paciente? Por ejemplo, a la hora de decidir aplicar terapia electroconvulsiva, lamentablemente, las diferencias regionales en nuestro país en la disponibilidad de la técnica pueden suponer una limitación que debemos considerar⁷.
3. ¿Cuál es el beneficio-riesgo para nuestro paciente? Los riesgos específicos suelen estar poco representados en los ensayos clínicos, y debemos considerarlos en nuestro paciente en concreto, aunque el tratamiento o procedimiento sea factible y aplicable.
4. ¿Qué valores y preferencias tiene nuestro paciente? Debemos evitar dejarnos llevar por el paternalismo, que afortunadamente tiende a menguar en las nuevas generaciones de psiquiatras, y contar con el elemento clave del proceso asistencial: el paciente psiquiátrico.

La asistencia basada en la evidencia es la aplicación de la investigación a la gestión y a la política de los servicios sanitarios, de forma que los conocimientos derivados de la investigación puedan utilizarse para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la salud poblacional⁸; así, la calidad asistencial no se contempla en un futuro sin la incorporación de la metodología y el estilo de la MBE.

Hemos querido particularizar el caso de la MBE aplicada a la psiquiatría debido al no infrecuente estigma de «especialidad acientífica» que aún persiste, aunque afortunadamente cada vez en menor grado.

Bibliografía

1. Desviat M. Psiquiatría y evidencia: los límites de la función del clínico. En: Baca E, Lázaro J, editores. *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela; 2003.
2. Rojas C. Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Salud Ment (Mex)*. 2012;35:181-8.

3. García-Valdecasas J, Vispe A, Tobias C, Hernández M. De la (curiosísima) relación entre la medicina basada en la evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2009;104:405–21.
4. Lolas F. La medicina como ciencia de acciones: consecuencias para la psiquiatría. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1990;18:29–33.
5. McAlister FA. Applying the results of systematic reviews at the bedside. En: Egger M, Smith GD, Altman DG, editores. *Systematic reviews in health care: Meta-analysis in context.* London: BMJ Publishing Group; 2001.
6. Ferreira I, Urrutia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:688–96.
7. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:51–4.
8. Echevarría C, García J, Zarco MJ. Asistencia basada en la evidencia. Una aplicación de la medicina basada en la evidencia para la aplicación científica. *Rehabilitación (Madr).* 2001;35:329–36.

O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*},
E. Álvarez de Morales Gómez-Moreno^b,
M.A. Fernández Menéndez^c e I. Menéndez Miranda^a

^a *Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España*

^b *Centro de Salud Mental El Coto, Gijón, Asturias, España*

^c *Monash University, Melbourne, Victoria, Australia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com

(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

Disponible en Internet el 17 de julio de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.04.002>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Monitorización del consumo de antibióticos en España: una propuesta de mejora



Spanish antibiotic consumption monitoring: A proposal for improvement

Sra. Directora:

La adecuación del uso de antimicrobianos representa uno de los objetivos que entidades supranacionales como la OMS, y nacionales como el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales establecen en sus respectivos planes de acción frente a las resistencias bacterianas^{1,2}. Su empleo en el ámbito extra hospitalario se efectúa fundamentalmente a través de la prescripción empírica que realizan nuestros profesionales sanitarios.

Los últimos datos publicados por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, sitúan a España con un consumo de 23 dosis diaria definida (DHD) por mil habitantes y día, en el puesto 11 de 30 países, por encima de las 21,9 DHD de media en Europa. España junto con Grecia experimentan consumo creciente, frente a la tendencia decreciente que experimentan países nórdicos como Finlandia, Luxemburgo, Noruega y Suecia³.

Recientemente el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales ha lanzado una aplicación en la que se puede consultar el consumo de antibióticos en atención primaria y hospitales. En la misma, hemos observado que se incluye una publicación que define los indicadores de uso de antibióticos en atención primaria e incluye una batería de indicadores susceptibles de monitorización por los servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁴. Se indica de forma específica que «En las áreas donde estos datos estén accesibles, la información sobre las prescripciones contabilizará las recetas prescritas tanto en el ámbito de la atención primaria como en los hospitales». Sin embargo, en el mapa de consumo de atención primaria, la información no figura desagregada por nivel asistencial.

Conscientes de la relevancia del tema, hemos realizado un estudio del consumo extra hospitalario en Asturias, 2006-2015, desagregado por nivel asistencial. El consumo medio en nuestra CC.AA., 23,4 DHD era superior al consumo medio del SNS. La receta ambulatoria de atención especializada contribuía, con 2,7 DHD en un 11,5% a la prescripción extra hospitalaria, con notables diferencias en consumo por subgrupo terapéutico y principio activo a la observada en atención primaria.

En este sentido, consideramos que se debe valorar la publicación desagregada de la información, o incluirla bajo la denominación común de prescripción extra hospitalaria para diferenciarla del consumo intrahospitalario, para no confundirla con la prescripción del primer nivel asistencial.

Los datos de consumo en la aplicación aparecen desagregados en receta oficial y receta privada, cuando se utiliza el denominador población total en la construcción del indicador DHD, pero también cuando se utiliza población con tarjeta sanitaria. Entendemos que este segundo indicador no debería ser utilizado en el ámbito de la receta privada, ya que puede incluir un sesgo significativo.

Por otra parte, no queda claramente especificado si la receta oficial incluye a los Regímenes Especiales de la Mutua- lidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). A tenor de lo regulado en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, se incluyen en la receta oficial del SNS. Sin embargo y pese a la relevancia de la prescripción en estos colectivos⁵, la información no aparece desagregada.

La iniciativa de publicar los datos de consumo tanto de atención primaria como en hospitales, nos parece muy acertada, y da respuesta a una necesidad que presentábamos desde hace más de una década y que no permitía acceder, a los profesionales al consumo del SNS salvo a través de los datos que publicaba el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, a través de su página web. Sin embargo, y de cara a implantar medidas de acción