

1

LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA. ¿QUÉ ES?, ¿POR QUÉ?, ¿PARA QUÉ?, ¿PARA QUIÉN? Y ¿CÓMO?

JAVIER GONZÁLEZ DE DIOS

OBJETIVOS DE LECTURA

- Conocer qué es la práctica clínica basada en la evidencia.
- Conocer la importancia de hacer una práctica clínica basada en la evidencia.
- Conocer cómo se practica una Medicina Basada en la Evidencia.

La medicina como
la más científica de las humanidades,
la más empírica de las artes,
la más humana de las ciencias

Edmund D. Pellegrino

INTRODUCCIÓN

En 1992 se publicó en la revista *JAMA* un artículo firmado por el *Evidence-Based Medicine Working Group* (EBMWG), en el que se hace énfasis sobre las necesidades

de un “nuevo paradigma” para la práctica de la medicina.¹ En este “nuevo paradigma” se hacía mayor hincapié en el análisis de las pruebas aportadas por la investigación que en la intuición, la experiencia clínica no sistemática o el razonamiento fisiopatológico. Posteriormente, los miembros del EBMWG —miembros de los Departamentos de Medicina, Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad de McMaster en Canadá, principalmente— y, en especial, David Sackett, continuaron desarrollando esta idea, que aparece con mayor madurez

en su libro *Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*,² publicado en 1997.

Otro hito relacionado con el surgimiento de la **Medicina Basada en la Evidencia** (MBE) está vinculado con la Universidad de Oxford y con el nombre de un epidemiólogo inglés, Archie Cochrane, quien, de algún modo, inspiró la idea de la **Colaboración Cochrane**, a pesar de que no la llegó a ver realizada. En 1972 publicó *Effectiveness and Efficiency*,³ en el que planteó con agudeza la necesidad de recopilar y revisar críticamente los ensayos clínicos para que las decisiones médicas se fundamentaran en pruebas empíricas fiables. El desarrollo y la expansión de la Colaboración Cochrane coincidió en el tiempo con el avance y la difusión masiva de internet, de tal manera que sus bases de datos, inicialmente publicadas en CD, empezaron a estar disponibles en internet a partir de 1998. Más tarde, la posibilidad de que diferentes países tuvieran acceso gratuito a éstos, tras firmar acuerdos institucionales, ha facilitado aún más la distribución de esta información. Para dinamizar y extender las actividades de la Colaboración Cochrane se ha constituido una serie de centros que cubren diferentes áreas geográficas y culturales: a la fecha, son catorce los centros activos, algunos de ellos con varias ramas anexas.

Además de la Universidad de McMaster y de la Universidad de Oxford, numerosas instituciones y personas han contribuido al desarrollo de la MBE, entre las que cabe citar el *Centre of Evidence Based Medicine* —y otros grupos de trabajo, como el Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia—, *Critical Appraisal Skills Programme* (grupo CASP y sus anexos en distintas nacionalidades), *Agencies for Health Technology Assessment*, etcétera.

Como es posible notar, han pasado sólo 20 años desde los primeros pasos de la MBE, y en tan poco tiempo este paradigma ha motivado un gran número de publicaciones de carácter divulgativo, por lo que es difícil no escuchar hablar sobre la “evidencia” en todos los foros relacionados con la sanidad. Ahora bien, la “evidencia” también ha provocado una considerable polémica, porque no todos están de acuerdo con que la MBE sea un nuevo paradigma que vaya a sustituir al viejo paradigma fisiopatológico; además, por la inexactitud histórica —el año 1992 no marca el inicio de una nueva era en que las decisiones sí van a estar basadas en pruebas científicas sólidas— y sus problemas epistemológicos (por no hablar de la inexactitud lingüística, o pereza, al traducir el anglicismo *evidence* por *evidencia*). Según la Real Academia de la Lengua, “evidencia” significa: disponer de certezas claras, manifiestas y tan perceptibles, que nadie puede racionalmente dudar de ellas; según esta definición, no hay nada menos *evidente* que la MBE.

Se ha configurado un cuerpo de críticas y contraargumentos que oscilan entre los planteados en “son de broma” y los “en son de guerra”, pasando por los más moderadamente entonados, porque entre tanto entusiasmo no han dejado de oírse voces críticas por diversos aspectos de la MBE o sus aplicaciones prácticas.^{4,5,6}

¿QUÉ ES LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

La **práctica basada en la evidencia** es la aplicación del paradigma de la MBE a nuestra práctica clínica. Este ejercicio surge como un medio para afrontar mejor los retos de la medicina actual, los cuales

nos afectan directamente: entre ellos, la existencia de una gran cantidad de información científica en continua evolución, la exigencia de ofrecer la máxima calidad asistencial y la limitación de recursos destinados a la atención sanitaria.^{7,8}

Todos los profesionales sanitarios reconocemos que el objetivo a conseguir en nuestra toma de decisiones es realizar el mejor acto clínico, en cualquiera de sus facetas: terapéutica, diagnóstica, preventiva, predictiva, etcétera. Sin embargo, para alcanzar esta práctica clínica, basada en la evidencia, nos enfrentamos a tres escollos (fig. 1-1):

1) El **cambio de mentalidad** del clásico modelo de pensamiento inductivo —basado en la “verificación”— a un modelo de pensamiento deductivo —basado en la “refutación”—. La inducción es el tipo de razonamiento del que se obtiene una conclusión general a partir de una serie de casos conocidos por

experiencia, el cual es equivalente a la medicina “basada en la experiencia”: de las observaciones se establece inferencia inductiva con formulación de hipótesis, en busca de la verificación. El método inductivo tiene como figuras representativas a Francis Bacon y la escuela de Viena, aunque es K. R. Popper quien propone el método deductivo: se parte de la formulación de hipótesis —contrastables empíricamente—, se establece la confrontación de hipótesis, que puede superar la prueba, se acepta provisionalmente, o no, y se refuta.

Este cambio de mentalidad implica una adaptación curricular en la formación, que transforme el actual modelo “pasivo-receptivo” en un modelo “activo-participativo”, el cual debe incluir los siguientes cambios:

1. De un proceso educativo centrado en la enseñanza a uno centrado en el aprendizaje.

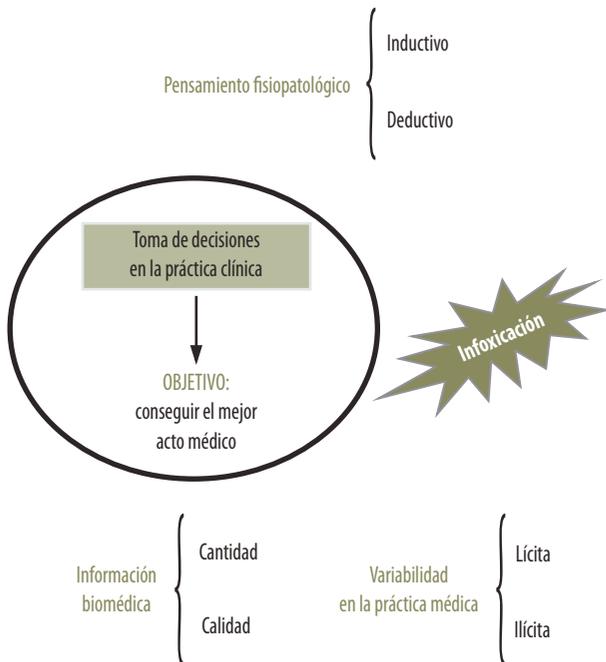


Fig. 1-1. Limitaciones a las que nos enfrentamos en la toma de decisiones en la práctica clínica.

2. En el cual el protagonista ya no sea el profesor, sino el alumno.
3. En el que sea preferible la información al conocimiento.
4. Que el objetivo del aprendizaje no sea el conocimiento, sino el método de búsqueda del conocimiento.
5. Para el cual el proceso cognitivo no sea el consumo de información, sino la elaboración de la información.
6. En que la teoría y la práctica médica no estén desvinculadas y con predominio de la primera, sino que se llegue a la teoría desde la práctica.
7. Que estimule el pensamiento crítico, con una estructura de aprendizaje basado en problemas con propuestas de solución.
8. Para el que la evaluación del aprendizaje no esté basada en la memoria a corto plazo (exámenes habituales de conocimiento), sino en la evaluación continua estructurada y centrada en la adquisición de conocimientos, habilidades y aptitudes complejas.

2) El **exceso de información científica** al que nos vemos sometidos en la actualidad —se ha acuñado el neologismo *infoxicación* para definir el estado actual de “intoxicación de la información”—, siendo un problema tanto cuantitativo —es casi imposible acceder y revisar a fondo todo lo que se publica sobre un determinado tema— como cualitativo —es difícil analizar críticamente la evidencia científica existente y discernir la utilidad de lo nuevo en relación al conocimiento previo—. La dispersión de la información, consecuencia muchas veces de la cada vez mayor multidisciplinariedad de los equipos de investigación, obliga al profesional sanitario a llevar a cabo búsquedas en múltiples fuentes, cuya existencia y operación debe conocer, al tiempo que debe eliminar las redundancias o repeticiones. Un fenómeno básico de la producción de publicaciones biomédicas es su crecimiento exponencial —se dice que la semivida de los conocimientos médicos

CUADRO 1-1: PASOS ESTRUCTURADOS EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Paso 1: Formular una pregunta clara a partir del problema clínico a analizar.

Objetivos: aprender a formular preguntas clínicas estructuradas bien construidas y susceptibles de obtener respuesta.

Paso 2: Búsquedas sistemáticas de las mejores pruebas disponibles en la bibliografía.

Objetivos: llevar a cabo una búsqueda eficiente por medio de las distintas fuentes de información bibliográfica —primarias, secundarias y terciarias—, principalmente en internet, como herramienta esencial en gestión y manejo de la información de calidad científica.

Paso 3: Valoración crítica de las mejores pruebas científicas encontradas.

Objetivos: aprender a juzgar si las pruebas científicas son válidas (rigor científico), importantes (interés en la práctica clínica) y aplicables (en nuestro entorno médico).

Paso 4: Aplicabilidad de los resultados de la valoración a nuestra práctica clínica.

Objetivos: integrar la evidencia científica obtenida con nuestra maestría clínica e incorporarla a la asistencia de nuestro paciente.

Paso 5: Evaluar su rendimiento, con base en los estudios de adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica.

Objetivos: conocer y reconocer la importancia de este paso final de la MBE, lo que fundamentará la utilidad práctica de este paradigma de pensamiento científico.

es de cinco años y con tendencia a ser de dos años.⁹

3) La **variabilidad en la práctica clínica**, definida como la incertidumbre en observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica clínica. Ahora bien, debemos diferenciar la variabilidad legítima y necesaria —debido a la experiencia del clínico, la disponibilidad de los procedimientos o a las preferencias del paciente— de aquella otra variabilidad ilegítima —y por tanto innecesaria, como consecuencia de una incorrecta aplicación de las pruebas científicas o por no reducir la incertidumbre de forma eficaz.¹⁰

¿Quiere decir esto que el modelo tradicional no se basa en pruebas científicas? Desde luego que no. Sólo que en el modelo propuesto a continuación se estructura y sistematiza el pensamiento médico y luego se adapta a la situación actual de un entorno “infectado” por el dominio de las tecnologías de la información y comunicación en Biomedicina y Ciencias de la Salud. La MBE propone un método estructurado para resolver las dudas derivadas de la práctica clínica habitual mediante cinco pasos estructurados fundamentales, que se reflejan en el **cuadro 1-1**.

¿POR QUÉ LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

En la práctica basada en la evidencia se conjugan dos claves: mantenerse al día en los avances de la medicina mediante los trabajos científicos publicados que presenten las mejores pruebas científicas para ofrecer a nuestros pacientes un servicio mejor y más seguro. La práctica basada en la evidencia intenta resolver de

la mejor forma posible la ecuación entre “lo deseable, lo posible y lo apropiado” en medicina, una ciencia sembrada de incertidumbre, variabilidad en la práctica clínica, sobrecarga de información, aumento de demanda y limitación de recursos.^{7,8,11,12}

En la respuesta a todas estas cuestiones debemos tener en cuenta la propia naturaleza de la Medicina, que se ha definido como “la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. En el **modelo basado en pruebas**, en la toma de decisiones clínicas debemos tener muy claro que las pruebas científicas procedentes de la investigación no deben ser la única guía que determine la acción. Por el contrario, los clínicos deben aplicar su experiencia en la valoración del problema del paciente y combinar la evidencia de la investigación con las preferencias de los pacientes o la escala de valores de éstos, antes de establecer el tratamiento. En este nuevo modelo (**fig. 1-2**), el estado clínico y circunstancias de los pacientes son un factor clave en la toma de decisiones clínicas; se amplían las preferencias de los pacientes, incluyéndose las acciones de éstos. Finalmente, dicha experiencia integra los otros tres componentes y los armoniza para conseguir un resultado satisfactorio. Este modelo puede incorporar diferentes pesos o potencias a cada componente de la decisión —que puede esbozarse visualmente variando los tamaños de los círculos—. Su incorporación ha cambiado la relación médico-paciente: actualmente se preconiza un modelo deliberativo (el paciente es consciente de su enfermedad, tiene interés y está informado), que lima los inconvenientes de los anteriores modelos (paternalista y científico-elitista). Así, este nuevo modelo de toma de deci-

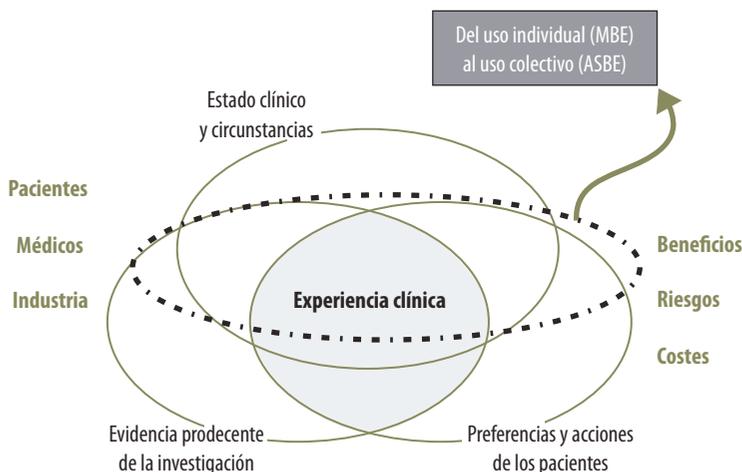


Fig. 1-2. Modelo actualizado en la toma de decisiones basado en pruebas.

siones intenta mejorar los anteriores, especialmente respecto a la experiencia clínica y el énfasis que debe ponerse en la preferencia y en las acciones de los pacientes y estimular la discusión para la evolución de la Asistencia sanitaria basada en la evidencia.¹³

¿PARA QUÉ LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

Posiblemente, para aplicar más ciencia al arte de la medicina. Y para tres objetivos prioritarios: **1)** sobrevivir a la “infoxicación”; **2)** tender a la excelencia clínica; y **3)** ser mejores profesionales sanitarios.

1) Para sobrevivir a la “infoxicación”

El médico ha dejado de ser un acumulador de información para convertirse en un buscador de fuentes de información cuyo reto es efectuar una buena gestión relacionada con el exceso de información médica actual (la “infoxicación” asociada a las tecnologías de información y comu-

nicación). A continuación se exponen algunos problemas en la gestión del conocimiento dentro de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, lo que confirma que todavía queda mucho por hacer:

- En Ciencias de la Salud no necesitamos más información, sino más respuestas. Actualmente se publican en el mundo más de 100 000 revistas científicas y técnicas que dan lugar a dos millones de artículos, y cada año se editan 150 000 libros, de los cuales unos 40 000 son de temas relacionados con las Ciencias de la Salud. Sin embargo, una gran proporción de esta información científica no está dirigida a contestar las preguntas que surgen en la práctica clínica habitual, es de desigual calidad y, en muchos casos, redundante. Más “ruido documental” que “música de conocimiento”.
- La información no es igual a conocimiento. El profesional tiene problemas para reconocer la información válida, la importante, que puede transformarse en conocimiento para la acción. Los clínicos que toman decisiones, aunque altamente cualificados para la clínica,

no siempre poseen las habilidades para evaluar críticamente la información que se les proporciona. La MBE intenta ofrecer estrategias para intentar vencer el proceloso mar de la “infoxicación” en busca del puerto del conocimiento.

- La información debe ser accesible sin importar el tamaño del texto. Hace tiempo que la revista médica dejó de ser la unidad de información-publicación y, probablemente, también el artículo científico; más bien, ésta es el producto resultado de resumirlo, de sintetizar varios, de transformarlo en herramientas para la acción, bajo la forma de lo que se ha llamado unidades de información de alto valor añadido. Es necesario conocer y aplicar ciertas reglas de evaluación y apreciación crítica para distinguir entre soluciones preliminares y definitivas, como separar el grano de la paja.
- Se necesitan menos escritores y más gestores del conocimiento. Un fenómeno básico de la producción de publicaciones biomédicas es su crecimiento exponencial. Lo que se necesita en Ciencias de la Salud son profesionales que seleccionen, extraigan, sinteticen, codifiquen, clasifiquen y evalúen el conocimiento explícito para que éste pueda apoyar la toma de decisiones y satisfaga las necesidades de información para clínicos, gestores y pacientes.
- La información no está en el lugar adecuado ni en el momento oportuno, esto es, *just in time* y *just in case*. Es decir, información útil en el puesto de trabajo, allí donde se toman las decisiones: en las consultas, en las salas de hospitalización, etcétera.
- De la información estática a la información dinámica. Hoy en día no se puede concebir la formación conti-

nuada y puesta al día sin el recurso de internet. Y es justo ahora cuando se está produciendo un nuevo salto en el desarrollo de la red, que pasa de ser un sitio donde almacenar y buscar información, a convertirse en un lugar donde esta información se genera, comparte, modifica y, además, se le agrega valor añadido por parte de los usuarios. Esta nueva forma de utilizar la red se llama Web 2.0, y está destinada a ser una revolución. Así pues, la revolución de la información y de las bibliotecas implica que la información dejará de ser estática (biblioteca clásica, basada en la autoridad y, principalmente, en forma de texto) para ser dinámica (biblioteca viva, creada por la comunidad de usuarios, en la que los archivos de audio y video empiezan a tener protagonismo, y donde ya apreciamos algunas de sus múltiples caras: *weblogs*, *podcasts*, *videocasts*, *webtop*, *wiki*, etcétera). Internet es una fuente inagotable de datos, si bien no toda la información se encuentra validada ni sometida a un panel de expertos, lo que es uno de sus mayores problemas y que se intenta paliar por medio de los códigos de calidad y conducta en internet (HON-Code, Webs Médicas de Calidad, etcétera).

2) Para tender a la excelencia clínica en la gestión de calidad total

El término “medicina gestionada” se refiere a la medicina que, basándose en las mejores pruebas científicas disponibles, orienta la práctica asistencial de los profesionales de una organización asistencial con la finalidad de reducir la variabilidad de la práctica clínica, mejorar los resultados de las intervenciones,

poner en práctica un uso eficiente y equitativo de los recursos disponibles, y elevar la calidad del servicio.

El principal interés por la calidad en la atención sanitaria varía en función del agente implicado: a los profesionales sanitarios les interesa la calidad científico-técnica; a los pacientes, la calidad relacional-percibida; al gestor le importa, principalmente, la calidad de gestión organizativo-económica:

- ♦ **Calidad científico-técnica:** se trata de enunciar los principales problemas y oportunidades de mejora de la calidad, con base en conceptos de eficacia (capacidad de producir el efecto deseado en condiciones ideales) y efectividad (capacidad de producir el efecto deseado en condiciones habituales en la práctica clínica), pero también la seguridad.
- ♦ **Calidad relacional-percibida:** complementa al anterior desde la perspectiva del paciente, para identificar el grado de satisfacción, aceptabilidad e información.
- ♦ **Calidad organizativo-económica:** complementa a los anteriores con consideraciones de organización general y se basa en la optimización de recursos y eficiencia del servicio (es el logro del objetivo con el menor coste posible); también valora accesibilidad y equidad.

Debe existir un compromiso hacia la gestión de calidad total, cuyo camino a la excelencia implica que se cumplan las expectativas de todos los agentes implicados en la atención sanitaria, siendo el objetivo principal la satisfacción de los clientes, tanto externos (usuarios o pacientes) como internos (profesionales y gestores). En ese camino, la práctica basada en la evidencia es un elemento nuclear.

3) Para ser mejores profesionales sanitarios

Nada de esto tendrá sentido si tenemos presente que el objetivo del profesional de la sanidad es ofrecer atención clínica cercana y científica, atención clínica de calidad con seguridad. El lema de este tipo de atención, más que en ningún otro contexto, debe ser “la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible”, para lo cual se precisa una actitud crítica continua.¹² La práctica basada en la evidencia plantea mantener viva y actualizada esta actitud crítica continua.

¿PARA QUIÉN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

Sin duda, para todos. Lo que variará es el grado de relación que queramos establecer con la práctica basada en la evidencia, planteando dos niveles fundamentales de relación:⁷

Productores: esta situación es la que sería deseable conseguir en la práctica basada en la evidencia. Pero este método supone conocer a fondo técnicas y hábitos de aprendizaje en MBE. Los foros más importantes se enfocan en redactar documentos valorados críticamente en revistas secundarias, colaborar en revisiones sistemáticas o en la elaboración de guías de práctica clínica. Implica conocer las bases teóricas del *Evidence-Based Medicine Working Group* (EBMWG) de la Universidad de McMaster, del grupo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) de la Universidad de Oxford, o del *Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia* (GT-PBE) de la Asociación Española de Pediatría.

“Consumidores”: aquí estamos englobados la mayoría de los profesionales

sanitarios. Consiste en buscar en las fuentes de información bibliográficas las mejores pruebas científicas producidas por otros e intentar aplicarlas en la práctica habitual, individualizando las circunstancias particulares de nuestro(s) paciente(s). Las fuentes de información terciarias, nacidas al amparo de la “evidencia”, son las más interesantes, pues suelen llevar implícita la valoración crítica de los documentos (con el análisis de la validez, importancia y aplicabilidad). Son las fuentes que se encuentran en la parte superior de la pirámide del conocimiento de las “6 S” (véase **cap. II-11**, Búsqueda).

¿CÓMO REALIZAR UNA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

A continuación se propone una serie de habilidades necesarias para llevar a cabo una asistencia sanitaria basada en las mejores pruebas científicas. Léanse los puntos siguientes como un pequeño —e imperfecto— “Manual de supervivencia” para convivir (y sobrevivir) a la práctica basada en la evidencia:

1. Formular correctamente preguntas clínicas estructuradas de interés (para el paciente y para el avance de la ciencia), con sus elementos esenciales PECO: Paciente, Exposición, comparación, *Outcome* (o variable de interés) y tiempo. Saber reconocer en esta pregunta las palabras clave principales para iniciar la búsqueda bibliográfica.
2. Conocer las ventajas e inconvenientes de internet para gestionar con eficiencia y seguridad la “infoxicación”. Diferenciar las fuentes de información en primarias, secundarias y terciarias, por su grado de fiabili-

dad y su valor dentro de la pirámide del conocimiento de las “6 S” (*Studies, Synopses of studies, Syntheses, Synopses of syntheses, Summaries and Systems*). Saber realizar estrategias de búsqueda en las distintas fuentes de información y utilizar los diversos recursos: tesauros, limitadores, booleanos, etcétera.

3. Visitar con cierta frecuencia los metabuscadores de evidencias (ejemplo: TRIPdatabase), los centros de almacenamiento de revisiones sistemáticas (ejemplo: Colaboración Cochrane) y de guías de práctica clínicas (ejemplo: National Guideline Clearinghouse, GuiaSalud), como recursos fundamentales, aunque no exclusivos.
4. Aprender a valorar críticamente los distintos documentos científicos en tres etapas: juzgar si los resultados son válidos —próximos a la verdad y con rigor científico—, decidir si son importantes —y, en consecuencia, valiosos en potencia para el lector en su condición de clínico— y traducir su aplicabilidad a la práctica clínica —a nuestro(s) paciente(s) y en nuestro entorno—. Distinguir el mayor rigor científico de los diseños que presentan una mejor combinación de validez interna (rigor científico y mayor control del sesgo y del error sistemático) y de validez externa (generalización de los resultados).
5. Conocer los conceptos metodológicos básicos (epidemiológicos y bioestadísticos) útiles en la práctica basada en la evidencia: medidas de fuerza de asociación, medidas de efecto, cociente de probabilidad, intervalo de confianza, etcétera. Tener claro que en esta situación es prioritaria la significación clínica de los resultados —útil para el paciente— más que la

significación estadística —útil para la investigación; o dicho de otro modo: “muera la p , viva el intervalo de confianza”—. Interpretar correctamente la información relativa a los diversos estimadores de efecto de una intervención: eficacia, efectividad, eficiencia, seguridad, aceptación, idoneidad, calidad, etcétera.

6. Reconocer la importancia de una revisión sistemática y de una guía de práctica clínica, y saber evaluar su fiabilidad, porque no todas las revisiones sistemáticas y guías tienen la misma calidad y, por tanto, la misma importancia para nuestra práctica clínica.
7. Clasificar las intervenciones sanitarias en función de sus niveles de evidencia (validez científica y plano de confianza), a partir de los que se desarrollan los grados de recomendación para su utilización y aplicación. Intentar homogeneizar las distintas clasificaciones y optar por el sistema GRADE.
8. Plantear estrategias para mantenerse al día, por medio de los recursos que proporciona internet, tanto en la Web 1.0 (e-TOCs de revistas, alertas bibliográficas de buscadores, listas de distribución profesional, webs médicas o portales sanitarios de interés, etcétera) como en la Web 2.0 (RSS, blogs y redes sociales, principalmente).
9. Reconocer los problemas existentes para generar, acceder y aplicar la evidencia, y las estrategias para llevarlo a cabo en beneficio de una Asistencia sanitaria basada en la evidencia. Llevar a cabo un uso sensato de la MBE y limitar la *evidence-biased medicine*.
10. Saber valorar la experiencia, así como la opinión y satisfacción de los pacientes, en un modelo actual de toma de decisiones en que la evidencia procedente de la investigación es sólo

uno de los cuatro círculos —y periférico—. El paciente ha pasado de ser un elemento pasivo (relación médico-paciente paternalista, ya denostada) a ser un elemento activo (relación médico-paciente deliberativa) en la toma de decisiones clínicas.

CONCLUSIONES

- La práctica basada en la evidencia (PBE) es la aplicación del paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia a nuestra práctica clínica.
- La PBE ayuda a mantenerse al día en los avances de la medicina y a manejar la sobrecarga de información.
- La PBE tiene como utilidad dar a nuestros pacientes el mejor y más seguro servicio.

REFERENCIAS

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268:2420-5.
2. Sackett RL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Londres: Churchill Livingstone; 1997.
3. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972. (Reimpreso en 1989 en colaboración con BMJ).
4. Pozo Rodríguez F. La medicina basada en la evidencia. Una perspectiva desde la clínica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1):12-6.
5. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the “Evidence” of “Evidence-Based Medicine”. *Am J Med* 1997; 103:529-35.
6. Peiró S. Limitaciones y autolimitaciones de la medicina basada en la evidencia para la prác-

- tica clínica y la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (Supl 3):49-56.
7. González de Dios J. De la Medicina basada en la evidencia a la Evidencia basada en la medicina. *An Esp Pediatr* 2001; 55:429-39.
 8. Buñuel Álvarez JC. Medicina basada en la evidencia: una nueva manera de ejercer la pediatría. *An Esp Pediatr.* 2001; 55:440-52.
 9. Ochoa C, González de Dios J. Remedios frente a la "infoxicación". Papel de las fuentes de información secundarias. *Bol Pediatr.* 2006; 46:1-6.
 10. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los estados de salud. *An Sist Sanit Navarra* 2003; 26:11-26.
 11. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:377-82.
 12. Gervás J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao* 2006; 103:46-7.
 13. Del Llano Señaris JE, Meneu de Guillerna R. Asistencia sanitaria basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1):90-6.