

Guías de Práctica Clínica

De Wikipedia, la enciclopedia libre

Las guías de práctica [clínica](#) son recomendaciones para profesionales de la [salud](#) desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al [paciente](#) a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor evidencia existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de [guía](#).

Muchos organismos (Ministerios, departamentos) de [salud](#) públicos realizan el esfuerzo de hacer Guías de Práctica Clínica para sus médicos y [pacientes](#).

Qué es y qué no es la Medicina Basada en Pruebas. La información médica y sus problemas

Autora: Josefina Monteagudo Romero(1). Licenciada en Medicina, magíster en Saúde Pública

Cristina Viana Zulaica (2). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Emilio Casariego Vales (3). Especialista en Medicina Interna.

(1) Dirección xeral de Aseguramento e Planificación Sanitaria. Consellería de Sanidade.

(2) Centro de Saúde Elviña Mesoiro. Xerencia de Atención Primaria de A Coruña

(3) Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

¿Qué es la MBE?

La Real Academia Española define la Medicina como “Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”.

Probablemente no tenga ningún sentido, a día de hoy, plantearse la medicina como un dilema entre ciencia y arte. Puede interpretarse como una tecnología, usuaria del conocimiento científico.

Decir que la medicina debe ser científica es la calificación más correcta y la que más se ajusta a lo que intuitiva y clásicamente hemos conocido por "buena medicina". Digamos que es científica aquella disciplina que somete sus postulados al método científico, a un proceso de verificación empírica, es decir, basado en los hechos o pruebas, es reproducible, aunque independiente del uso que se pueda hacer posteriormente de sus

conclusiones. Además, hay que tener en cuenta su carácter humanístico, y la obligación del médico de ofrecer lo mejor a sus pacientes; no se puede separar del imperativo ético de basar las decisiones en la evidencia existente o de buscarla cuando no se dispone de ella: la dialéctica de ofrecer una asistencia personalizada a la vez que válida científicamente es intrínseca a la práctica médica actual. En definitiva, respetar y llevar a la práctica los valores centrales de la profesión médica, la no maleficiencia, la beneficiencia, la equidad y la autonomía.

Esta pequeña introducción no es más que un breve recordatorio de los principios que todo profesional de la medicina tiene interiorizados. De ellos vamos a partir para introducir lo que se conoce como Medicina Basada en la Evidencia.

El término de “Evidence based medicine” fue acuñado en Canadá en los años 80 para describir la estrategia de aprendizaje utilizada en la Mc Master Medical School, en la que se subraya la importancia de la revisión de las pruebas procedentes de la investigación, y de la interpretación cautelosa de la información clínica derivada de observaciones no sistemáticas¹. El concepto de “*Evidence based medicine*”, traducido al castellano como ‘medicina basada en la evidencia o en pruebas’(MBE), fue dado a conocer en el año 1991 a través de un editorial en la revista ACP (American College of Physicians) Journal Club, primera revista que empezó a publicar resúmenes estructurados de estudios relevantes procedentes de otras revistas. Su difusión se amplió con la publicación de un artículo en JAMA², en el año 1992, por el grupo de trabajo de MBE, un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderado por David Sackett y Gordon Guyatt, vinculados a la citada universidad canadiense.

Según la definición proporcionada por el propio Sackett en 1996³, la MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor opción terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias.

La práctica clínica supone tomar decisiones constantemente, dar consejos y hacer recomendaciones, raras veces con absoluta certeza; convivimos a diario con la incertidumbre. Y ¿qué ocurre con los conocimientos adquiridos durante nuestra formación? No sólo su vigencia, sino también la de la información contenida en los libros de texto, son cuestionables al cabo de un tiempo. La cantidad de publicaciones y fuentes de información es enorme; y nuestro tiempo, conocimientos y medios para localizar, leer, interpretar y asimilar lo publicado no son suficientes.

En un artículo publicado en JAMA en el año 2001⁴ se detalla el cálculo de lo que un internista necesitaría leer para mantener su conocimiento, 20 artículos diarios, ¡todos los días del año!. A pesar de que la disponibilidad de revisiones sistemáticas y guías reduce la necesidad de lectura de artículos originales, todavía resulta muy difícil mantener el ritmo.

El continuo desarrollo de innovaciones promete constantemente una atención sanitaria más efectiva y segura. Se publican más de 10,000 ensayos clínicos randomizados cada año. La Colaboración Cochrane tiene identificados varios cientos de miles. Sin embargo, la introducción y aplicación de este conocimiento en la práctica presenta muchas dificultades, con lo que no se aprovecha en gran medida. La consecuencia inmediata es que existe una enorme cantidad de conocimientos que no se aplican o utilizan, numerosas innovaciones contrastadas con rigor que se diseminan muy lentamente, de forma que los avances no están limitados por el ritmo de los descubrimientos, sino más bien por el de su implantación, con la consiguiente repercusión en la calidad de la asistencia⁵. Y no es esta una dificultad de nuestro tiempo, el ejemplo del capitán Cook y su lucha contra el escorbuto es un buen ejemplo. Y a día de hoy podemos mencionar muchos más. Recientemente, en el ejemplar del 20 de septiembre del NEJM⁶ se publica un artículo titulado “Eulogy for a Quality Measure” (Elogio de una medida de calidad). En él se comenta que el indicador de calidad que mide el porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio a los que se le prescriben beta bloqueantes en los primeros 7 días tras el alta hospitalaria, ha dejado de utilizarse para evaluar los planes gestionados de salud en EEUU. El motivo es, sencillamente, que ya no resulta necesario. Hace una década, sólo 2/3 de los pacientes que sobrevivían a un IAM en EEUU recibían beta bloqueantes, hoy en día, prácticamente todos. Lo interesante del artículo es la constatación de este hecho 25 años después de la publicación del ensayo de betabloqueantes y ataques de corazón. En el análisis que se presenta en este artículo, se concluye que la elaboración, publicación y difusión de las guías y recomendaciones sobre su uso, junto con otras medidas de mejora de la calidad, tuvieron un importante papel en el logro finalmente conseguido.

Otra reflexión importante sobre la calidad de la asistencia se refiere a las variaciones en la práctica médica. Su importancia deriva de que pueden ser reflejo de algunos problemas (incertidumbre, ignorancia, problemas organizativos, uso inadecuado de recursos...), cuyo abordaje redundaría en una mejora de esta calidad⁷.

Así pues, parece claro que la buena investigación es necesaria, pero no suficiente, para mejorar la práctica clínica. Asumimos que los resultados de la investigación se difunden de forma cercana al clínico, y que éste tiene acceso fácil y regular a esta información, además de poseer los conocimientos y capacitación para interpretarla y hacer una valoración crítica sobre ella. Sin embargo, a diario comprobamos que la bibliografía médica todavía no está muy bien organizada y accesible para la toma de decisiones^{8,9}.

En este contexto, el principal valor de la MBE es el de ser una herramienta que trata de cuantificar y calificar qué dato o qué estudio tiene mayor validez; una herramienta que nos aclara la mejor forma de usar y aplicar “la evidencia”, facilitando su traslación a la práctica.

Si recordamos un poco de historia, el surgimiento y desarrollo de la MBE está fuertemente ligado a un eminente clínico y epidemiólogo británico, el doctor *Archie Cochrane*, que ya en 1972 publica el libro *“Effectiveness and efficiency: random reflections on the health*

services" (Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios) que ha repercutido, de manera profunda, en la práctica de la medicina y la evaluación de las intervenciones médicas.

Archie Cochrane defendió la idea de justificar la eficacia de las intervenciones aplicadas, a partir de ella surge la propuesta de utilizar los ensayos clínicos aleatorios como base sobre la que se apoyan las decisiones clínicas.

Su idea de organizar un resumen crítico, por especialidad, adaptado periódicamente, de todos los ensayos clínicos controlados que sean relevantes, fue el origen y la inspiración de la Colaboración Cochrane, organismo internacional que intenta ayudar a los profesionales a tomar decisiones sanitarias bien informadas mediante la preparación, actualización y garantía de la accesibilidad de las revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones de salud. En 1995 se inicia la actividad de la Colaboración Cochrane en España (centro coordinador) bajo la coordinación del doctor Bonfill y el apoyo institucional de la fundación Parc Taulí en Sabadell, y en 1997 se inaugura el Centro Cochrane Español.

Por otra parte, otro gran epidemiólogo, *Sir Austin Bradford Hill*, fue el introductor, a mediados del siglo pasado, del ensayo clínico aleatorizado en la investigación clínica, considerado por muchos como el diseño ideal para evidenciar los efectos de una intervención. Esta metodología tuvo un amplio desarrollo y una implantación muy sólida a partir de los años ochenta.

La situación de los últimos años del siglo XX hacen posible el origen de la MBE, el desarrollo metodológico caracterizado por el uso generalizado de los ensayos clínicos, la implantación de técnicas de síntesis cuantitativa, especialmente el meta análisis, y la revisión sistemática de la literatura. Los avances conseguidos en la segunda mitad del siglo pasado, a través de la epidemiología clínica y la bioestadística, junto a una disponibilidad de medios sin precedentes, han facilitado una enorme generación de conocimientos, y la publicación de una cantidad ingente de estudios. Por otro lado, las tecnologías de la información e Internet hacen posible la recogida y análisis de grandes cantidades de datos, y el acceso a numerosas bases y fuentes documentales, lo que junto con el trabajo de organizaciones como la Colaboración Cochrane, que elaboran y difunden revisiones sistemáticas, han hecho posible la aparición y extensión de la MBE. Estas mismas herramientas también hacen posible que, en los años ochenta, se introduzcan criterios de gestión en la práctica asistencial, y se abra un nuevo campo de estudio e investigación, la de la efectividad, de los resultados.

Pero su implementación práctica no es una tarea sencilla. Se requiere experiencia clínica, y algunas habilidades que permitan realizar búsquedas bibliográficas y aplicar reglas formales para evaluar la literatura, con el objetivo de afrontar el desafío de nuestra actualización profesional, y resolver las dudas e interrogantes que se nos plantean. Se

trata de adaptar nuestra práctica clínica al estado del arte, aplicando los resultados del conocimiento, obtenidos a través de una investigación sistemática.

¿Qué problemas me puede ayudar a resolver?

- Hallazgos clínicos: cómo recoger e interpretar hallazgos a partir de la historia clínica y exploración física.
- Etiología: identificar la causa, el origen, de la enfermedad.
- Diagnóstico: resolver dilemas a la hora de pedir e interpretar pruebas diagnósticas. La continua proliferación de la tecnología refuerza la necesidad de que el clínico tenga capacidad para valorar los artículos sobre pruebas diagnósticas, conozca los principios para valorarlos y pueda utilizar de forma óptima la información que proporcionan, teniendo en cuenta su calidad y utilidad, costes, seguridad, ...
- Diagnóstico diferencial: cómo clasificar las posibles causas de una enfermedad en función de su probabilidad, gravedad y susceptibilidad de tratamiento.
- Pronóstico: cómo calcular la probable evolución clínica de un paciente, y anticipar las posibles complicaciones de su enfermedad. Conocer el poder de marcadores pronósticos.
- Tratamiento: cómo elegir los tratamientos que producen mayores beneficios y seguridad. Valoración de su coste beneficio.
- Prevención: cómo reducir la posibilidad de que se produzcan enfermedades, identificando y modificando factores de riesgo. Cómo realizar el diagnóstico precoz.

Desde el punto de vista de los beneficiarios fundamentales de la asistencia sanitaria, los pacientes y usuarios, en la actualidad están mejor informados, reclaman una asistencia de calidad, más participación en la toma de decisiones, y que se tengan en cuenta sus preferencias y valores.

En resumen, la MBE es una respuesta a las necesidades y demandas de mejora de la calidad de la atención, pretende disminuir el tiempo transcurrido entre los descubrimientos y su implementación y promover la competencia profesional,

optimizando el tiempo que los profesionales requieren para mantener su práctica al día. Su estrategia se fundamenta en el aprendizaje de una metodología, y la búsqueda y aplicación de información científica y de protocolos y guías desarrollados por otros.

Pasos a seguir para poner en práctica la MBE

La práctica de la MBE se articula en torno a una serie sucesiva de pasos que enumeramos a continuación.

1. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta. Formular la pregunta de la manera más adecuada posible a partir del problema que se nos presenta. Este primer paso es muy importante, por lo que resulta de gran interés adquirir la habilidad necesaria para hacerlo bien.
2. Localizar las mejores evidencias con las que responder, a través de:
 - a. Bases de datos bibliográficas.
 - b. Revistas científicas.
 - c. Literatura secundaria o terciaria.
 - d. Guías de práctica clínica.
3. Valoración y evaluación crítica de la evidencia. Determinar su validez y utilidad para nuestra necesidad.
4. Aplicación de las conclusiones a nuestra práctica, teniendo en consideración los riesgos y beneficios, las expectativas, preferencias de los pacientes y sus necesidades emocionales.
5. Evaluación del rendimiento de esta aplicación.

El papel de la MBE en la docencia/formación

Ya hemos comentado que los pioneros en MBE la definieron como una nueva forma de docencia y práctica de la medicina. Se fundamenta en el desarrollo de la capacidad de autoaprendizaje y el mantenimiento de una actitud de educador y educando a la vez. Es un proceso de aprendizaje autodirigido, basado en necesidades, en la resolución de problemas, y que dura toda la vida. La tradicional clase teórica magistral o las conferencias han demostrado una utilidad limitada en la actualización e innovación profesional. La MBE aporta una metodología más sistémica, basada en la resolución de problemas, a la vez que utiliza y rentabiliza las nuevas tecnologías. Las guías de práctica clínica tienen un importante papel no sólo como guías prácticas, sino también como instrumentos educativos, tanto en la formación de pregrado, como de postgrado y continuada.

La puesta en práctica cada uno de los pasos de la MBE mencionados en el apartado anterior requiere formación, y habilidades específicas.

Por otra parte, al potenciar el autoaprendizaje, podremos detectar áreas de conocimiento o de habilidades que queremos mejorar, con lo que surgirán propuestas para la formación continuada basadas directamente en nuestras necesidades. Proporcionar información no

es transferir conocimiento, y no conlleva su aplicación, la utilización de las “mejores prácticas”. Para cambiar es necesario reflexionar con espíritu crítico, y conocer muy bien cómo hacemos nuestro trabajo, ser conscientes de las necesidades y beneficios del cambio, y afrontarlo con decisión, proceso íntimamente ligado a la transferencia y aplicación de la formación en la práctica diaria.

Para que el potencial de la MBE se materialice todavía queda mucha tarea pendiente. Nuestro conocimiento sobre cómo implementarla, qué políticas se necesitan para estimular la mejora y los cambios, todavía son insuficientes. Pero las herramientas, la metodología, y el conocimiento están a nuestro alcance.

La implicación e integración de los pacientes en la toma de decisiones también requiere tiempo, pero su participación es imprescindible para que la asistencia que prestamos responda efectivamente a las necesidades y expectativas sociales.

■ **¿Cómo aplico la MBE en mi práctica clínica?**

El éxito en la atención sanitaria basada en la evidencia se apoya no sólo en conseguir una actualización continua, sino también en la posibilidad de disponer de información fiable capaz de dar respuesta a cualquier pregunta surgida durante la práctica del trabajo clínico. El movimiento de MBE ha estimulado que se utilice la información científica de manera directa y previa a la toma de decisiones, sin embargo para realizar una búsqueda bibliográfica, leer y evaluar críticamente los artículos (pasos 2 y 3 de los cinco recién enunciados), es necesario disponer del tiempo y de los conocimientos necesarios para hacerlo.

Afortunadamente los recursos para disponer de información adecuada han evolucionado mucho en los últimos años, las búsquedas de información son cada vez más rápidas y más satisfactorias, a pesar de ello continúa siendo un reto el poder disponer de la información adecuada en el lugar en el que se necesita.

La información sobre la investigación médica se presenta en forma de diferentes productos. La investigación realizada directamente sobre pacientes o poblaciones da lugar a los artículos originales a los que también se les denomina fuentes de información primaria. Revistas como Lancet, NEJM, BMJ, Medicina Clínica, Atención Primaria, etc., contienen en su mayoría artículos originales, son revistas primarias.

Las fuentes de información médica secundaria ofrecen la síntesis de los resultados de la investigación recogida en las fuentes de información primaria, seleccionados y evaluados críticamente, facilitan la accesibilidad y la difusión de las conclusiones. Las revistas MBE que publican resúmenes criticados son ejemplos de revistas secundarias. Las revisiones sistemáticas, los meta-análisis y las guías de práctica clínica son productos de información secundaria realizados con una metodología rigurosa.

A continuación describimos los diferentes apartados en los que se pueden agrupar la información científica, disponible en Internet, realizada con metodología MBE en función del tipo de información que contienen y de las posibilidades que ofrecen en la ayuda a la toma de decisiones.

Trabajos originales

Los trabajos originales abarcan un amplísimo abanico de aspectos clínicos. Su lectura y evaluación crítica es necesaria para actualizar conocimientos, sin embargo no siempre ofrecerá respuestas convincentes al ser utilizadas para resolver un problema clínico, pueden existir diferencias en las características de los pacientes que dificultan la posibilidad de ser extrapolados y su aplicabilidad. Requieren habilidades de lectura crítica sobre las diferentes modalidades de artículo: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Revisiones sistemáticas

Las revisiones sistemáticas ofrecen la información de los trabajos originales, seleccionada, evaluada críticamente y sintetizada, todo ello siguiendo una rigurosa metodología formal y explícita. Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis se denominan genéricamente recursos de síntesis. [La Biblioteca Cochrane](#) ofrece las revisiones sistemáticas de los grupos Cochrane, [PubMed Clinical Queries](#) presenta la opción de localizar revisiones sistemáticas en la base de datos Medline.

Guías de Práctica Clínica

Son directrices elaboradas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria adecuada ante problemas clínicos específicos, constituyen una valiosa herramienta para organizar el conocimiento médico. Su metodología está basada en la búsqueda sistemática de la información para dar respuesta a las preguntas clínicas elaboradas, la síntesis y jerarquización de la evidencia científica y la presentación de conclusiones en forma de recomendaciones. Las bases de datos más importantes de GPC son la [National Guideline Clearinghouse](#), la [CPG Infobase - CMA](#) de la Canadian Medical Association y la [NeLH Guidelines Database](#) del Instituto Nacional de salud de Reino Unido. En lengua española el portal GuíaSalud (<http://www.guiasalud.es/>) del Servicio Nacional de Salud del Estado Español, desarrolla instrumentos para la elaboración, registro, implementación y actualización de GPC.

Descripciones breves de trabajos originales

Se publican en revistas MBE como [ACP Journal](#), [Evidence-based Medicine](#) y [Evidence based Nursing](#), aportan una selección rigurosa realizada con criterios explícitos, una valoración crítica y un resumen estructurado de los artículos elegidos, a los que se suele añadir el comentario breve de un experto en el tema, ejemplos: [POEMS](#) del Journal of Family Practice (Patient Oriented Evidence that Matters), [Bandolier](#), etc.

Metabuscadores

Cuando en las fuentes habituales de información no se encuentra la respuesta a nuestra pregunta tenemos la posibilidad de recurrir a los metabuscadores, los más conocidos son el SUMsearch y el TRIPdatabase, este último es un motor selectivo de búsqueda que agrupa recursos de información sanitaria MBE presentes en Internet que han sido previamente evaluados y seleccionados por su calidad⁸. No todos los metabuscadores tienen la ventaja de ofrecer material evaluado, motivo por el que se ha de mantener la alerta para filtrar críticamente la información. Además de los motores de búsqueda hay otro tipo de herramientas propias de la Red diseñadas para buscar información en forma de índices y portales. El Servicio Nacional de Salud de Reino Unido dispone de National Library for Health portal de acceso a diversas fuentes de información médicas.

Servicios de Información Específicos

Existen servicios de información disponibles para recibir preguntas de los clínicos, las respuestas a las preguntas son elaboradas por un grupo de trabajo que tras realizar una búsqueda más o menos exhaustiva y una evaluación crítica de la información, elabora un resumen estructurado como respuesta. La recopilación de preguntas y respuestas se va incorporando a un documento que se mantiene disponible en Internet. Ejemplos de estas bases de datos elaboradas por equipos de trabajo en respuesta a preguntas clínicas son: [Critically Appraised Topics](#), or CATs, [EBOC](#), [CATs-Donostia](#), [PREEVID-Murcia](#). Fistera.com lo ofrece en la sección de preguntas clínicas elaboradas por Osatzen <http://www.fistera.com/cursos/listaArticulos.asp>

Textos de evidencias integradas actualizados

Hay publicaciones especializadas en proporcionar evidencias integradas en resúmenes de los que se realiza una actualización periódica, ocupan un espacio similar al de los manuales y los libros de texto clásicos, en un entorno no informatizado. Su presentación en forma de preguntas y respuestas está pensada para ser consultada desde el puesto de trabajo. El [Clinical Evidence](#), proporciona información actualizada de la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones de prevención y tratamiento en una amplia variedad de problemas clínicos y enfermedades. [UptoDate](#) constituye un libro de referencia para medicina interna y muchas especialidades médicas.

Dentro de este grupo existen en Internet recursos de información que surgen con el objetivo de ayudar a los clínicos durante la consulta. Proporcionan igualmente una información de buena calidad que procede de la síntesis de las publicaciones primarias y secundarias. Están disponibles en Internet y pueden ser manejadas para solucionar una duda o para tomar una decisión en presencia del paciente. Son las **Herramientas de ayuda en el punto de atención** (HAPA)¹⁰. Entre ellos DynaMed [<http://www.dynamicmedical.com/>], InfoRetriever [<http://www.infopoems.com/>] ambos de los Estados Unidos, FIRSTConsult [<http://www.firstconsult.com/>] de origen holandés,

PRODIGY [<http://www.prodigy.nhs.uk/>] base de conocimientos clínicos editada por el National Health Service británico. Fisterrae [<http://www.fisterrae.es>] única herramienta de este tipo en español, integra varios recursos de apoyo en el punto de atención para profesionales sanitarios. Cincal Resource@Ovid; Clinical Knowledge de la National Library for Health; Diagnostic; Imaging Pathways; E-Medicine; EBM Guidelines; Gideon Online; McGraw-Hill's Access Medicine.

Sistemas de ayuda en la toma de decisiones

Los sistemas de ayuda en la toma de decisiones (SATD), son herramientas vinculadas a la historia clínica informatizada que proporcionan recordatorios y recomendaciones para actuar ante una situación específica. Hay SATD que incorporan elementos de gestión del conocimiento, muy relacionados con las fuentes descritas previamente. Hay otros que dan énfasis a los recordatorios de las actividades a realizar con el paciente o que dan opciones sobre la decisión a tomar una vez capturada la información de la historia clínica⁸. De momento constituyen experiencias minoritarias en las que se está estudiando el efecto en la actividad desarrollada por el médico y los resultados obtenidos en los pacientes¹¹.

Para representar esquemáticamente los recursos disponibles y la manera en la que se relacionan entre ellos, nos parece muy útil la pirámide descrita por Haynes¹² en la que cada uno de los niveles corresponde al encasillamiento jerárquico de los tipos de documentos de información médica en función de su capacidad para ayudar a decidir ante un problema clínico. El nivel más alto está ocupado por los productos más elaborados que suministran información "muy digerida": los sistemas de ayuda en la toma de decisiones, y en la base de la pirámide están los trabajos originales, la información primaria sobre la que se apoyan y se nutren todos los demás. Cada uno de los escalones o pisos agrupa la información integrada por las evidencias de los niveles en los que se apoya, en sentido inverso al orden que hemos usado para describirlos. Los documentos de síntesis reúnen de manera sintetizada las evidencias de los trabajos originales, los resúmenes actualizados se apoyan en los documentos de síntesis y los sistemas en estos últimos.

¿Qué pasos seguir?

Situados frente a un problema clínico sobre el que hay que tomar una decisión la ayuda más rápida sería la proporcionada por los elementos informáticos de ayuda en la toma de decisiones (SATD), los mencionamos porque constituyen uno de los caminos por los que avanza la información, ya que no forman parte, ni mucho menos, de la realidad inmediata. El siguiente paso, el primero de momento, sería buscar la información y preparada para el uso clínico en las bases de conocimiento que son herramientas de ayuda en el punto de atención (HAPA) en lengua española Fisterrae.com constituye un referente. Otras posibilidades de disponer de evidencias integradas en resúmenes a través de internet son Clinical Evidence, UptoDate, Prodigy, si no encontramos información que responda a nuestra pregunta buscaremos en el grupo de sinopsis y revistas MBE tales como ACP Journal, Evidence-based Medicine y Evidence based Nursing, si este no resulta

el lugar adecuado buscaremos en recursos de síntesis o en las Guías de Práctica Clínica y las revisiones sistemáticas BMJ Updates , la Biblioteca Cochrane o en PubMed Clinical Queries-Systematic Reviews, si esto fracasa recurriremos a los estudios originales, “Search by Clinical Study Category” también disponibles en la opción de Clinical Queries de PubMed si es necesario. Una forma rápida de mantener la actualización en relación con los estudios que se publican es el sistema de alertas como BMJ Updates.

Bibliografía

1. Gol Freixa JM. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. En: La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. JAMA (ed. esp.) 1997: 5-14.
2. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992 Nov 4;268(17):2420-5 [[PubMed](#)]
3. Sackett DL, Rosenberg, WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72. [[PubMed](#)] [[Texto completo](#)]
4. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. JAMA. 2001 ;286(20):2578-85. [[PubMed](#)]
5. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. JAMA. 2003 Apr 16;289(15):1969-75 [[PubMed](#)]
6. Lee TH. Eulogy for a quality measure. N Engl J Med. 2007 Sep 20;357(12):1175-7 [[PubMed](#)]
7. Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerma R. Variaciones en la práctica clínica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998 ;110(10):382-90 [[PubMed](#)]
8. Bravo R. La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. Anales Sis San Navarra 2002;25:255-272 [[Texto completo](#)]
9. Browman G, Gómez de la Cámara A, Haynes B, Jadad A, Gabriel R. Herramientas para la práctica de la medicina basada en la evidencia (y II). Desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia: de abajo-arriba Med Clin (Barc). 2001 Feb 24;116(7):267-70 [[PubMed](#)]
10. Louro A. Herramientas de ayuda en la toma de decisiones. [En prensa]
11. Garg AX, Adhikari N, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, Sam J, Haynes RB. Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes. A systematic Review. JAMA 2005; 293: 1223-1238 [[PubMed](#)]
12. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information sevicehs for evidence-based healthcare. Evid Based Med. 2006 Dec;11(6):162-4 [[PubMed](#)]; ACP J Club. 2006 Nov-Dec;145(3):A8. [[PubMed](#)]

