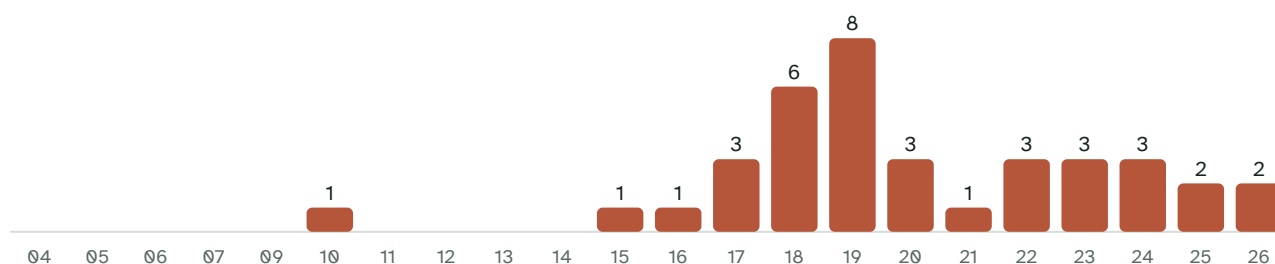


Práctica basada en la evidencia y búsqueda bibliográfica

La práctica basada en la evidencia (PBE) es el método para convertir una duda clínica en una decisión apoyada en la mejor investigación disponible, la experiencia profesional y las preferencias del paciente. En el banco de preguntas aparece en todos los exámenes desde 2015 (entre 1 y 9 preguntas por año); antes solo hubo preguntas sueltas en 2010 y 2011. Casi siempre cae en forma de dato concreto: la pirámide 6S de Haynes, el formato PICO, los operadores booleanos, la calidad de la evidencia GRADE, la lectura de un forest plot y qué guía de publicación corresponde a cada diseño (CONSORT, STROBE, PRISMA, SPIRIT). Este tema recorre el proceso en el orden en que se hace: preguntar, buscar, leer críticamente, graduar la evidencia, sintetizarla y comunicarla.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



37 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Pirámide de Haynes: niveles (primarios en la base, sistemas en la cúspide, sinopsis) (3 exámenes)
- Forest plot: rombo e interpretación del resultado del metaanálisis (2 exámenes)
- STROBE: estudios observacionales (casos y controles, cohortes) (2 exámenes)
- Tipos de pregunta clínica según dominio (etiología, etc.) (2 exámenes)
- Requisito básico del metaanálisis: resultados equivalentes (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Práctica y enfermería basadas en la evidencia: concepto y etapas	8
2. La pregunta clínica: dominios y formato PICO	11
3. Fuentes de información: pirámide 6S de Haynes, bases de datos y metabuscadores	14
4. Estrategia de búsqueda: tesauros, operadores booleanos, truncamiento y filtros	19
5. Lectura crítica: plantillas CASPe	23
6. Niveles de evidencia y grados de recomendación: Oxford y GRADE	27
7. Revisiones sistemáticas, revisiones panorámicas y metaanálisis	33
8. Guías para comunicar la investigación: red EQUATOR	38
9. Citas, referencias, estilos bibliográficos, DOI y gestores	41
Todas las preguntas del tema (39)	44
Preguntas que también podrían ser de este tema (3)	56
Solucionario	57
Fuentes	59

Resumen para repasar

1. Práctica y enfermería basadas en la evidencia: concepto y etapas

- Sackett: **uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual** para decidir sobre cada paciente ^{F2}.
- EBE: **aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero**, teniendo en cuenta las **preferencias y valores** del paciente y la **pericia profesional** ^{F1}.
- Cinco etapas: **preguntar** → **buscar** → **leer críticamente (3.ª)** → **aplicar** → **evaluar** ^{F1,F2}. El «paso 0» es reconocer la incertidumbre ^{F2}.
- GPC (GuíaSalud): **conjunto de recomendaciones** basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las alternativas ^{F3}. IOM 1990: declaraciones desarrolladas sistemáticamente para **ayudar a profesionales y pacientes a decidir** sobre la atención adecuada ^{F56}.
- Plan frente a las pseudoterapias (2018): **analizarlas con la evidencia científica a través de la RedETS**, eliminarlas de los centros sanitarios y no promover títulos sobre ellas ^{F4}.

2. La pregunta clínica: dominios y formato PICO

- **PICO**: paciente/problema, **intervención** (también una causa o un factor pronóstico), comparación (si hace falta) y resultado ^{F5}. Artículo de referencia: **Richardson et al., 1995** ^{F6}.
- Tras formular la PICO se decide **qué tipo de pregunta es** y qué diseño la responde mejor ^{F5}.
- Dominios: **tratamiento, diagnóstico, pronóstico, etiología/daño** (y frecuencia y cribado en OCEBM 2011) ^{F7,F9}; Clinical Queries de PubMed: Therapy, Diagnosis, Etiology, Prognosis, Clinical Prediction Guides ^{F8}. «De primera línea» **no** es un dominio ^{F7,F8}.
- Si la «I» es **una causa o exposición** y se pregunta por el riesgo de un desenlace, la pregunta es de **etiología** ^{F5,F9}; pronóstico = «¿qué pasará si no añadimos tratamiento?» (**cohorte de inicio**) ^{F7}.
- **ECA** = mejor diseño para el efecto de una intervención; **cohorte** = para factores de riesgo ^{F10}.

3. Fuentes de información: pirámide 6S de Haynes, bases de datos y metabuscadores

- Pirámide **6S** (DiCenso, Bayley y Haynes, **2009**), evolución del 4S y el 5S ^{F11,F13}; en 2016 se reformuló como **pirámide 5.0** ^{F41}.
- De la cúspide a la base: **Sistemas** → **Sumarios** → **Sinopsis de síntesis** → **Síntesis** → **Sinopsis de estudios** → **Estudios** ^{F47}.
- **Sistemas** (cúspide): plataforma de **ayuda a la decisión** según la situación de cada paciente ^{F12}. **Estudios originales** (fuentes primarias) en la **base** ^{F47}.
- **Sinopsis de síntesis**: resumen de **revisiones sistemáticas** con comentario crítico ^{F47}. **Sumarios**: integran la mejor evidencia para elaborar **guías clínicas** ^{F12}; libros basados en la evidencia (UpToDate, DynaMed) ^{F47,F13}.
- La búsqueda empieza **por la cúspide** y desciende ^{F12}.
- **Cochrane Library** = colección de bases de datos; la **CDSR** reúne las revisiones sistemáticas y CENTRAL, los ensayos ^{F14}. **SciELO** = biblioteca electrónica de revistas ^{F57}.
- **Metabuscador**: busca en varias fuentes a la vez y **no tiene bases de datos propias**: **Trip** (permite buscar con **PICO**), **SUMSearch**, **Epistemonikos** ^{F15}. La Cochrane Library **no** es un metabuscador ^{F14,F15}.
- **MEDLINE** = base de datos de la NLM indizada con **MeSH** ^{F16}; **PubMed** = buscador gratuito que da acceso a MEDLINE ^{F13,F17}. **CINAHL** = base de datos de enfermería y profesiones afines (EBSCO) ^{F19}; **CUIDEN** = cuidados, espacio iberoamericano (Fundación Index) ^{F18}.

4. Estrategia de búsqueda: tesauros, operadores booleanos, truncamiento y filtros

- **Tesaurus**: lista estructurada de conceptos; descriptores **unívocos** (un concepto, un término) ^{F13}.
- **MeSH** = tesaurus jerárquico de la **NLM** ^{F20}; **DeCS** = tesaurus multilingüe de **BIREME (1986)**, derivado del MeSH ^{F21}, hoy en **cuatro idiomas** ^{F22}.
- **AND** = todos los términos (**intersección**); **OR** = al menos uno (**sinónimos**, amplía); **NOT** = excluye ^{F8,F13}. En PubMed, en **mayúsculas** y de izquierda a derecha ^{F8}.
- **Truncamiento** (*): misma raíz, distintas terminaciones ^{F13}; en PubMed desactiva el mapeo automático ^{F8}.
- **Filtros/límites**: acotan por **idioma**, fecha, tipo de publicación, edad o sexo ^{F8,F13}; los filtros metodológicos de PubMed son las **Clinical Queries** ^{F8,F13}.
- **Sensibilidad** = relevantes recuperados / total de relevantes; lo que CASPe llama **especificidad** es la **precisión** del Manual Cochrane: relevantes recuperados / total recuperado ^{F13,F46}.

5. Lectura crítica: plantillas CASPe

- **Lectura crítica:** proceso de **evaluar e interpretar sistemáticamente** la evidencia, su **validez** y su **relevancia** ^{F24}; es la **3.ª etapa** de la EBE ^{F1}.
- **CASPe** ofrece plantillas de lectura crítica por diseño (11 preguntas para el ensayo clínico) ^{F37}; no es un gestor de referencias como EndNote ^{F51}.
- Plantilla del ensayo: ¿son válidos?, ¿cuáles son los resultados?, ¿pueden ayudarnos? Preguntas **1-3 de eliminación, 4-6 de detalle; 2-6 = riesgo de sesgo** ^{F23}.
- Se evalúan la **asignación aleatoria** y la **ocultación de la secuencia**, las **pérdidas** y el **cegamiento**; no la selección aleatoria de la muestra ^{F23}.
- **Cegamiento:** participantes, investigadores o evaluadores **ignoran qué intervención recibe cada uno** ^{F24}.
- **NNT = 1/RAR:** pacientes que hay que tratar para evitar un evento adicional; se redondea hacia arriba ^{F26}. **OR = 1:** sin diferencia con el control ^{F24}.

6. Niveles de evidencia y grados de recomendación: Oxford y GRADE

- Las clasificaciones **parten del diseño:** ECA > cohortes > casos y controles > series de casos ^{F12}; opinión de expertos = nivel 5 de Oxford 2009 ^{F9}.
- **Oxford 2009:** 1a RS de ECA, 1b ECA, **1c todo o nada**, 2a-2b cohortes, **2c ecológicos**, 3a-3b casos y controles, 4 series de casos, 5 opinión de expertos; grados **A-D** ^{F9}.
- **OCEBM 2011:** matriz pregunta × paso de búsqueda; el nivel sube o baja por calidad, imprecisión, evidencia indirecta o inconsistencia; **sin grados** ^{F7}.
- **GRADE:** ECA parten de calidad **alta**, observacionales de **baja**; bajan por riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación ^{F27}.
- Calidad **baja:** el efecto real **puede ser sustancialmente diferente**; **muy baja: probablemente** lo sea ^{F27}.
- Recomendación **fuerte**, para clínicos: **la mayoría de las personas deberían recibir la intervención**; débil: distintas opciones para distintos pacientes ^{F27}.
- Ventajas de GRADE: evaluación explícita de la importancia de los resultados, proceso transparente, **reconocimiento explícito de valores y preferencias**, útil para revisiones y evaluaciones de tecnologías ^{F27}.

7. Revisiones sistemáticas, revisiones panorámicas y metaanálisis

- **Revisión sistemática:** evidencia identificada, criticada y resumida **con criterios predeterminados** ^{F24}.
- **Revisión panorámica (scoping):** mapea el **volumen** de la evidencia y sus **lagunas**; **precursora** de la sistemática ^{F28}.
- **Metaanálisis:** combinación estadística de dos o más estudios; solo si son **suficientemente similares (homogéneos)** ^{F29}.
- **Forest plot:** cuadrado = estudio (área = **peso**), línea = **IC**; **rombo = resultado combinado** ^{F29,F32}.
- Línea de no efecto: **1 en OR y RR**, **0 en diferencias** ^{F30}; si el IC incluye el valor nulo, no se descarta la ausencia de efecto ^{F31}; las etiquetas del eje dicen a quién favorece cada lado ^{F32}.
- Heterogeneidad: **I²** = % de variabilidad debida a heterogeneidad y no al azar (0-40 % puede no ser importante; 75-100 %, considerable) ^{F29}.

8. Guías para comunicar la investigación: red EQUATOR

- **CONSORT 2025** = ensayos aleatorizados; **SPIRIT 2025** = protocolo de ensayo; **STROBE** = observacionales (**cohortes, casos y controles**, transversales) ^{F33}.
- **PRISMA 2020** = revisiones sistemáticas (PRISMA-P, protocolos); **STARD** = diagnóstico; **TRIPOD** = pronóstico; **CARE** = casos clínicos; **CHEERS** = evaluación económica ^{F33,F38}.
- **COREQ/SRQR** = cualitativa; **SQUIRE** = mejora de la calidad; **AGREE/RIGHT** = guías de práctica clínica ^{F33,F38}.

9. Citas, referencias, estilos bibliográficos, DOI y gestores

- **Cita:** en el texto, con autor y año en APA; cada una corresponde a una entrada de la **lista de referencias**, donde va la **referencia** completa ^{F35,F34}.
- **APA 7.^a (2020):** autor y año en el texto; «Autor, A. A. (Año). Título. *Revista*, volumen(número), páginas. DOI» ^{F35,F34}.
- **Vancouver:** normas del ICMJE (antes «Grupo de Vancouver»; requisitos de 1978); referencias numeradas por orden de aparición; el año va tras la abreviatura de la revista ^{F49,F43,F44}.
- **DOI:** identificador **persistente, accionable e interoperable** de **cualquier objeto**, no solo artículos; puede reutilizar el **ISBN** ^{F36}.
- **Gestores de referencias:** Zotero, EndNote, RefWorks, Mendeley ^{F50,F51,F52,F53}; **Feedly** es un lector de noticias ^{F55}.

Puntos clave

- 1 EBE: aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia disponible relativa al conocimiento enfermero, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la pericia profesional ^{F1}.
- 2 Cinco etapas: preguntar, buscar, leer críticamente (la 3.^a), aplicar y evaluar ^{F1,F2}.
- 3 PICO: paciente, intervención (también una causa o un factor pronóstico), comparación y resultado; si la «I» es una exposición y se pregunta por el riesgo, la pregunta es de etiología ^{F5,F9}.
- 4 Pirámide 6S (DiCenso, Bayley y Haynes, 2009): estudios originales (fuentes primarias) en la base; sistemas de ayuda a la decisión en la cúspide; la sinopsis de síntesis resume revisiones sistemáticas con comentario crítico. Se busca de arriba abajo ^{F11,F12,F47}.
- 5 Cochrane Library = colección de bases de datos (CDSR de revisiones sistemáticas, CENTRAL de ensayos); Trip, SUMSearch y Epistemonikos = metabuscadores; Trip permite buscar con PICO ^{F14,F15}.
- 6 MeSH (NLM) y DeCS (BIREME, derivado del MeSH) son tesauros; AND = intersección, OR = unión (sinónimos), NOT = exclusión; los filtros acotan por idioma, fecha o tipo de artículo ^{F8,F13,F21}.
- 7 Lectura crítica CASPe del ECA: asignación aleatoria y ocultación de la secuencia, comparabilidad, pérdidas, cegamiento, resultados con intervalos de confianza y aplicabilidad ^{F23}.
- 8 NNT = 1/RAR: cuanto menor, menos pacientes hay que tratar para evitar un evento adicional ^{F26}.
- 9 GRADE: ECA parten de calidad alta y observacionales de baja; calidad baja = el efecto real puede ser sustancialmente diferente; recomendación fuerte = la mayoría de los pacientes debería recibir la intervención ^{F27}.
- 10 Metaanálisis: solo con estudios suficientemente similares; en el forest plot el rombo es el resultado combinado y, en OR y RR, la línea de no efecto está en 1; I^2 mide la heterogeneidad ^{F29,F30,F32}.
- 11 CONSORT 2025 = ensayo; SPIRIT 2025 = protocolo de ensayo; STROBE = cohortes, casos y controles y transversales; PRISMA 2020 = revisión sistemática; STARD = diagnóstico ^{F33}.
- 12 En APA, la cita en el texto lleva autor y año y corresponde a una sola entrada de la lista de referencias; el DOI identifica cualquier objeto, no solo artículos ^{F35,F36}.

1. Práctica y enfermería basadas en la evidencia: concepto y etapas

Sackett definió la medicina basada en la evidencia como **«el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente»** ^{F2}. La Declaración de Sicilia (2005) amplía el concepto a toda la práctica sanitaria: la PBE exige que las decisiones se basen en la **mejor evidencia disponible, actual, válida y relevante**, que las tome **quien recibe la atención**, informado por el conocimiento tácito y explícito de quien la presta, y **dentro de los recursos disponibles** ^{F2}.

Para la enfermería, la **Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)** se define como **«la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones»** ^{F1}. Otra definición la describe como el proceso por el que las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles ^{F1}. De esta definición se deduce que la EBE no se reduce a hacer investigación ni a seguir la opinión de expertos: integra la evidencia, la pericia profesional y las preferencias y valores del paciente.

EIR 2017 · 23

P35 · respuesta en el solucionario

Enfermería Basada en la Evidencia: definición

¿Qué es la Enfermería basada en la Evidencia?:

1. Es la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes.
2. Hacer estudios de investigación en cuidados de enfermería.
3. Es administrar cuidados basados en las opiniones de los expertos.
4. Es la aplicación de cuidados de enfermería que han mostrado ser eficientes.

El proceso tiene **cinco etapas**, descritas por primera vez en 1992 y que forman la base tanto de la práctica como de la enseñanza de la PBE ^{F2}. En la EBE se describen como un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente-enfermera ^{F1}:

Etapas	Declaración de Sicilia ^{F2}	Qué se hace en EBE ^{F1}
1.ª Preguntar	Traducir la incertidumbre en una pregunta que se pueda contestar	Formular el problema o pregunta que surge de la práctica diaria, la gestión o la docencia
2.ª Buscar	Recuperar de forma sistemática la mejor evidencia disponible	Búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias (bases de datos, recursos electrónicos, catálogos...)
3.ª Leer críticamente	Evaluar críticamente la evidencia: validez, relevancia clínica y aplicabilidad	Lectura crítica: evaluar la validez y utilidad de los hallazgos y clasificarlos en niveles de evidencia

Etapa	Declaración de Sicilia ^{F2}	Qué se hace en EBE ^{F1}
4.ª Aplicar	Aplicar los resultados en la práctica	Implementar la evidencia, teniendo en cuenta las preferencias de la persona e identificando barreras
5.ª Evaluar	Evaluar el desempeño	Evaluar las consecuencias de la intervención elegida: si los cambios han sido o no efectivos

Cinco verbos

Preguntar → **buscar** → **leer críticamente** → **aplicar** → **evaluar**. La **tercera** es la lectura crítica. El paso más difícil, a veces llamado «paso 0», es reconocer y admitir la incertidumbre ^{F2}.

EIR 2024 · 79

P7 · respuesta en el solucionario

Etapas de la PCBE: tercera etapa lectura crítica

El desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) se establece en cinco etapas, ¿la tercera etapa a qué corresponde?:

1. Formular preguntas clínicas.
2. Realización de búsqueda bibliográfica.
3. Lectura crítica.
4. Aplicación a la práctica clínica.

Las **Guías de Práctica Clínica (GPC)** son el producto más visible de la PBE. GuíaSalud, el programa de GPC del Sistema Nacional de Salud, las define como un **«conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes»** ^{F3}. El **Institute of Medicine (IOM)** las definió en **1990** como **«systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances»**, es decir, declaraciones desarrolladas sistemáticamente para **ayudar a profesionales y pacientes a decidir** sobre la atención sanitaria adecuada en circunstancias clínicas concretas ^{F56}. En 2011 el IOM la actualizó: las GPC son declaraciones que incluyen **recomendaciones** para optimizar la atención al paciente, basadas en una **revisión sistemática de la evidencia** y en la evaluación de los beneficios y daños de las alternativas ^{F56}. No son manuales docentes, colecciones de experiencias de expertos ni aplicaciones de consulta: son **recomendaciones** ^{F3}.

Guías de Práctica Clínica: definición

¿Qué son las “Guías de Práctica Clínica”?:

1. Manuales elaborados para los “practicum” de los alumnos de posgrado, en los que se dan normas y se detallan algunas consideraciones necesarias para esa etapa de su formación.
2. Una colección de publicaciones en papel y digitales en la que profesionales sanitarios de gran prestigio relatan experiencias y exponen planteamientos de notable interés.
3. Informes seleccionados por las Direcciones Asistenciales de algunos hospitales de referencia, en los que los profesionales sanitarios explican casos y eventos clínicos significativos.
4. Un tipo de aplicaciones informáticas, que permiten a los profesionales sanitarios obtener respuestas en línea, a dudas que deseen formular acerca de acontecimientos sucedidos en su práctica clínica cotidiana.
5. Un conjunto de recomendaciones, diseñadas para ayudar tanto a los profesionales como a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas.

La PBE también inspira políticas públicas. El **Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias** (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Ciencia, noviembre de 2018) fija como objetivo 1 de su primera línea **«analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud» (RedETS)** ^{F4}. El Plan **no** autoriza pseudoterapias a profesionales o centros acreditados: persigue **eliminarlas de los centros sanitarios** y busca alianzas con la Conferencia de Decanos, rectores, comunidades autónomas y colegios profesionales para **no promover títulos** sobre pseudoterapias ^{F4}.

Plan de protección frente a pseudoterapias

Son objetivos previstos en el Plan del Gobierno Español para la protección de la salud frente a las pseudoterapias:

1. Analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Autorizar el uso de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos casos cuyo titular de la acción sea un profesional sanitario con el título de Grado o equivalente y esté debidamente acreditado para ejercer una profesión sanitaria y bajo su propia responsabilidad.
3. Autorizar la realización de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos centros que cuenten con la acreditación oficial de centro sanitario reconocido.
4. Desarrollar alianzas con la Conferencia de Decanos, los/las Rectores/as, las CCAA, la comunidad universitaria y los colegios profesionales para garantizar que las pseudoterapias se lleven a cabo única y exclusivamente por los profesionales autorizados.

2. La pregunta clínica: dominios y formato PICO

Una pregunta bien construida se centra en el problema y dirige la búsqueda hacia respuestas relevantes y precisas ^{F5}. El artículo de referencia sobre la pregunta clínica estructurada es «The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions», de **Richardson, Wilson, Nishikawa y Hayward** (ACP Journal Club, 1995) ^{F6}. En la práctica, una pregunta bien formulada contiene **cuatro elementos (PICO)** ^{F5}:

Elemento	Qué es	Cómo se identifica ^{F5}
P · Paciente o problema	El grupo de pacientes parecido al mío	«¿Cómo describiría a un grupo de pacientes similar al mío?»
I · Intervención	La intervención principal; puede ser una causa, un factor pronóstico o un tratamiento	«¿Qué intervención principal estoy considerando?»
C · Comparación	La alternativa principal (solo si hace falta)	«¿Cuál es la alternativa principal con la que comparar?»
O · Outcome, resultado	Lo que se espera lograr o lo que la exposición podría afectar	«¿Qué puedo esperar conseguir?»

Ejemplo de elaboración propia, a partir de la pregunta EIR2020-156: en «¿se deben recomendar los **programas educativos estructurados** dirigidos a personas con diabetes tipo 1 y a sus familiares?», la **P** son las personas con diabetes tipo 1 y sus familias; la **I**, el **programa educativo estructurado**; la **C**, los cuidados habituales, y la **O**, los resultados que se quieren mejorar (autocontrol, complicaciones, calidad de vida...). Una vez formulada la pregunta PICO, se decide **qué tipo de pregunta es** y, con ello, **qué diseño de estudio** la responde mejor ^{F5}.

EIR 2020 · 156

P17 · respuesta en el solucionario

Formato PICO: componente intervención

Atendido a la siguiente pregunta clínica estructurada en formato “PICO”: ¿Se deben recomendar los programas educativos estructurados dirigidos a personas con diabetes mellitus tipo 1 y a sus familiares?, identifique cuál sería el componente clave INTERVENCIÓN:

1. Programa estructurado.
2. Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y sus familiares.
3. Autocontrol de la enfermedad: alimentación, ejercicio físico, cuidado de los pies, abandono control de la glucemia; reducción de enfermedad cardiovascular; prevención/reducción de visitas a urgencias, mejoría en calidad de vida, reducción de la mortalidad, reducción del hábito de fumar.
4. Cuidados habituales.

Las preguntas clínicas se agrupan por **dominio clínico**. La tabla de niveles de evidencia de Oxford (OCEBM 2011) organiza las preguntas en: frecuencia del problema, **diagnóstico**, **pronóstico**, beneficios del **tratamiento**, daños del tratamiento (frecuentes y raros) y **cribado** ^{F7}. La tabla de 2009 agrupaba **tratamiento/prevención** con **etiología/daño**, y separaba pronóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial y análisis económicos ^{F9}. Los

filtros **Clinical Queries** de PubMed usan las categorías **Therapy, Diagnosis, Etiology, Prognosis y Clinical Prediction Guides** ^{F8}. «De primera línea» **no figura** entre esos dominios ^{F7,F8}.

Dominio	Qué pregunta	Diseño que da la mejor respuesta (nivel 2 OCEBM 2011) ^{F7}
Tratamiento / intervención	¿Ayuda esta intervención?	Ensayo aleatorizado (o estudio observacional con efecto espectacular)
Diagnóstico	¿Es exacta esta prueba?	Estudio transversal con estándar de referencia aplicado de forma consistente y cegamiento
Pronóstico	¿Qué pasará si no añadimos un tratamiento?	Cohorte de inicio (inception cohort)
Etiología / daño	¿Causa daño esta exposición o intervención?	Daños del tratamiento: ensayo aleatorizado individual o, excepcionalmente, observacional con efecto espectacular. En la tabla de 2009, etiología/daño compartía columna con tratamiento/prevención ^{F9}

Clave para distinguir **etiología** de **pronóstico**: la «I» de PICO puede ser **una causa** (un factor de riesgo, una exposición) ^{F5}, y en la tabla de Oxford de 2009 la etiología comparte columna con el **daño** ^{F9}; la pregunta de **pronóstico** es del tipo «¿qué pasará si no añadimos un tratamiento?» y se responde con **cohortes de inicio** ^{F7}. Aplicando ese criterio (ejemplo propio): preguntar si los niños de madres que consumieron cocaína en el embarazo tienen **más riesgo** de problemas de aprendizaje es una pregunta de **etiología**, porque la «I» es una exposición (el consumo materno) y se pregunta por el riesgo de un desenlace. El diseño más útil para estudiar el efecto de **factores de riesgo** sobre un desenlace es la **cohorte**, y el ensayo aleatorizado es el mejor para estudiar el **efecto de una intervención** ^{F10}.

EIR 2019 · 49

P22 · respuesta en el solucionario

Tipos de pregunta clínica según dominio (etiología, etc.)

Las preguntas clínicas pueden clasificarse según el dominio clínico al que correspondan. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es una categoría de agrupación de dicho dominio?:

1. Diagnóstico.
2. Pronóstico.
3. Tratamiento o Intervención.
4. De primera línea.

Tipos de pregunta clínica según dominio (etiología, etc.)

Atendiendo a la siguiente pregunta clínica estructurada: Los niños de madres que consumieron cocaína durante el embarazo y que comienzan su escolarización, ¿se deben considerar susceptibles de mayor riesgo de problemas de aprendizaje? Identifique de qué tipo de pregunta clínica se trata:

1. Pregunta sobre intervención.
2. Pregunta sobre etiología.
3. Pregunta sobre pronóstico.
4. Pregunta sobre diagnóstico.

3. Fuentes de información: pirámide 6S de Haynes, bases de datos y metabuscadores

Haynes propuso ordenar los recursos de información en una pirámide: primero el modelo **4S**, después el **5S** y luego el **6S** ^{F13}. El 6S es el que pregunta el EIR: lo publicaron **DiCenso, Bayley y Haynes en 2009** como un ajuste del modelo 5S ^{F11}. En 2016, Alper y Haynes lo reformularon como «EBHC pyramid 5.0» ^{F41}, que ordena, desde la base, estudios primarios, revisiones sistemáticas, guías sistemáticas, sumarios y, en la cima, sistemas ^{F15}. La pirámide 6S tiene **seis peldaños** ^{F12}: en la base, los **estudios originales (fuentes primarias)**; por encima, las **fuentes preevaluadas**, y en la cúspide, los **sistemas** ^{F47}. En el editorial de 2025, incluso los artículos originales de la base están preseleccionados por su alta calidad («evidencia preseleccionada») ^{F12}.

Nivel (de la cúspide a la base)	Qué contiene	Ejemplos
6. Sistemas (cúspide)	Plataforma computacional de soporte a la toma de decisiones: un programa o algoritmo da evaluaciones o recomendaciones según la situación clínica de cada paciente ^{F12}	Sistemas informatizados de ayuda a la toma de decisiones clínicas ^{F11}
5. Sumarios	Resúmenes y libros basados en la evidencia ^{F47} ; integran la mejor evidencia disponible para elaborar guías clínicas ^{F12,F11}	UpToDate, DynaMed, Essential Evidence Plus ^{F13}
4. Sinopsis de síntesis	Resúmenes de síntesis (revisiones sistemáticas) con comentarios críticos ^{F47}	Revisión sistemática resumida y comentada
3. Síntesis	Revisiones sistemáticas ^{F47} : resumen amplio de toda la investigación de calidad disponible sobre un tema ^{F12}	Revisiones de la Cochrane Library ^{F12,F11}
2. Sinopsis de estudios	Resumen de un estudio original , seleccionado por su calidad y relevancia clínica, con el comentario del autor ^{F12} ; resúmenes estructurados ^{F47}	Resumen estructurado de un ensayo
1. Estudios (base)	Artículos originales de revistas científicas: fuentes primarias ^{F47} , preseleccionados por su alta calidad ^{F12}	Ensayos clínicos, estudios de cohortes

La consulta debe dirigirse **primero a la cúspide**, donde posiblemente no estarán todas las respuestas, y luego descendiendo ordenadamente los peldaños hasta alcanzar una respuesta ^{F12}. La **síntesis** (revisión sistemática) genera un resumen amplio de toda la investigación de calidad disponible sobre un tema; esa información se recopila después en la **sinopsis de síntesis** ^{F12}, que **resume los resultados de la síntesis** y les añade un **comentario crítico** ^{F47}. La síntesis analiza de manera objetiva e integrada la información de los estudios ^{F12}; **resumir los resultados de esa síntesis** para apoyar la decisión clínica ya no es la síntesis, sino la **sinopsis de síntesis** ^{F47}.

6S de arriba abajo

Sistemas → Sumarios → Sinopsis de síntesis → Síntesis → Sinopsis de estudios → Estudios.

Cada «sinopsis» resume el peldaño que tiene justo debajo. Los metaanálisis y las revisiones sistemáticas están en mitad de la pirámide, no en la cúspide.

EIR 2022 · 53

P14 · respuesta en el solucionario

Pirámide de Haynes: niveles (primarios en la base, sistemas en la cúspide, sinopsis)

Respecto a la pirámide de Haynes, ¿cuál de las fuentes de información enumeradas a continuación se halla en la cúspide de la pirámide?:

1. Metaanálisis.
2. Artículos originales.
3. Sistemas de ayuda a la toma de decisiones.
4. Revisiones sistemáticas.

EIR 2023 · 27

P9 · respuesta en el solucionario

Pirámide de Haynes: niveles (primarios en la base, sistemas en la cúspide, sinopsis)

Respecto a la pirámide de Haynes, las fuentes primarias se encuentran en:

1. La base.
2. Estrato intermedio: Compendios.
3. Estrato intermedio: Sistema.
4. La cúspide.

EIR 2024 · 81

P6 · respuesta en el solucionario

Pirámide de Haynes: niveles (primarios en la base, sistemas en la cúspide, sinopsis)

¿A qué corresponde la acción de resumir los resultados de una búsqueda de información que identifica y localiza la mejor evidencia en apoyo de una acción clínica?:

1. Síntesis.
2. Sinopsis de síntesis.
3. Sumarios.
4. Sistemas.

La **Cochrane Library** es una colección de bases de datos con evidencia independiente de alta calidad; tiene versión en español ^{F14}. Sus piezas principales son la **Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)**, principal recurso de **revisiones sistemáticas** en salud, elaboradas según el Manual Cochrane; **CENTRAL**, registro de informes de ensayos aleatorizados y cuasialeatorizados, y las **Cochrane Clinical Answers** ^{F14}. La base que contiene **específicamente revisiones** es la **CDSR**, que forma parte de la Cochrane Library ^{F14}. En cambio, **MEDLINE** reúne referencias de artículos de revistas ^{F16}, **CUIDEN** recoge la producción científica sobre

cuidados ^{F18} y **SciELO** es una biblioteca electrónica de colecciones de **revistas** ^{F57}; ninguna de las tres se presenta como una base específica de revisiones.

EIR 2018 · 146

P33 · respuesta en el solucionario

Cochrane Library: revisiones sistemáticas

¿Cuál de las siguientes fuentes de información científica contiene específicamente revisiones sobre un determinado tema?:

1. Medline.
2. Cochrane Library.
3. Scielo.
4. Cuiden.

Un **metabuscador** busca de forma simultánea en varios motores o fuentes y consolida los resultados en una lista única; **carece de bases de datos propias** ^{F15}. Los más citados en salud son ^{F15}:

- **Trip Database** (Turning Research Into Practice, 1997, Universidad de Gales): se ideó para buscar a la vez en fuentes como la **Cochrane Library** o DARE ^{F15}, una base de resúmenes de revisiones que solo cubre de 1994 a marzo de 2015 y hoy es un archivo ^{F39}; permite buscar con la **estrategia PICO** y prioriza los resultados de más calidad ^{F15}.
- **SUMSearch** (hoy SUMSearch 2): gratuito, busca a la vez estudios originales, revisiones sistemáticas y GPC de PubMed; lenguaje controlado MeSH ^{F15}. También buscaba en DARE y en la National Guideline Clearinghouse ^{F15}, que la AHRQ retiró en julio de 2018 ^{F40}.
- **Epistemonikos**: metabuscador multilingüe de evidencia en salud, con sede en Santiago de Chile ^{F15}.
- La **Cochrane Library** no es un metabuscador: es una colección de bases de datos propias, y es una de las fuentes en las que buscan los metabuscadores como Trip ^{F14,F15}.

EIR 2019 · 43

P26 · respuesta en el solucionario

Metabuscadores (Cochrane no lo es)

Señala cuál de los siguientes NO es un metabuscador :

1. SUMSearch
2. 2. TRIP database.
3. Cochrane.
4. Epistemonikos.

Trip Database: metabuscador con formato PICO

¿Qué metabuscador permite hacer búsquedas en formato PICO?:

1. Trip Database.
2. Epistemonikos.
3. NHS Evidence.
4. PubMed Health.

MEDLINE es la principal base de datos bibliográfica de la National Library of Medicine (NLM): más de 31 millones de referencias de más de 5.200 revistas en unos 40 idiomas, **indizadas con MeSH** ^{F16}. **PubMed** es un recurso **gratuito** de búsqueda en la literatura biomédica, con más de 40 millones de citas; su componente principal es MEDLINE, junto con PubMed Central y Bookshelf, y **no contiene el texto completo** de los artículos, aunque enlaza con él ^{F16,F17}. CASPe define PubMed como un **motor de búsqueda de acceso libre que permite acceder a MEDLINE** ^{F13}.

Recurso	Qué es	Fuente
MEDLINE	Base de datos bibliográfica de la NLM, biomedicina, indizada con MeSH	F16
PubMed	Buscador gratuito que da acceso a MEDLINE y a otros contenidos	F13,F17
CINAHL	Base de datos de indización de revistas de enfermería y profesiones sanitarias afines (EBSCO)	F19
CUIDEN	Base de datos bibliográfica de la Fundación Index : producción científica sobre cuidados de salud en el espacio iberoamericano	F18
SciELO	Biblioteca Electrónica Científica en Línea : programa de acceso abierto con colecciones nacionales de revistas de calidad de dieciséis países, España entre ellos	F57
Cochrane Library	Colección de bases de datos: revisiones sistemáticas (CDSR) y ensayos (CENTRAL)	F14

¿PubMed es una base de datos?

EIR2019-042 da como oficial que **PubMed NO es una base de datos** bibliográfica, frente a CUIDEN, MEDLINE y CINAHL. Ese criterio sigue la distinción clásica de CASPe: PubMed es el **motor de búsqueda** gratuito y MEDLINE la **base de datos** ^{F13}. La NLM, en cambio, describe hoy PubMed como «a literature database» cuyo componente principal es MEDLINE ^{F16}. Para el examen, se mantiene la respuesta oficial: la base de datos es MEDLINE y PubMed es el buscador que da acceso a ella.

Bases de datos bibliográficas de Ciencias de la Salud

Señale cuál de las siguientes NO es una base de datos bibliográfica de Ciencias de la Salud :

1. Cuiden.
2. Pubmed.
3. Medline.
4. CINAHL.

4. Estrategia de búsqueda: tesauros, operadores booleanos, truncamiento y filtros

La **estrategia de búsqueda** es la traducción de la pregunta clínica al **lenguaje documental**: identificar los términos específicos y combinarlos adecuadamente ^{F13}. Se puede buscar en **lenguaje libre** (el término tal como se escribe, en varios campos) o en **lenguaje controlado**, es decir, por **tesauro**, usando descriptores ^{F13}.

Un **tesauro** es una **lista estructurada de conceptos** destinados a representar de manera **unívoca** el contenido de los documentos y de las consultas ^{F13}. Los **descriptores** son precisos y unívocos: **cada concepto se representa con un único término y cada término representa un único concepto**, lo que evita tener que pensar en todas las palabras que pudieron usar los autores ^{F13}.

	MeSH	DeCS
Qué es	Tesauro de vocabulario controlado y jerárquico producido por la NLM, para indizar, catalogar y buscar ^{F20}	Tesauro multilingüe , vocabulario estructurado creado por BIREME en 1986 ^{F21}
Relación	Es el vocabulario de MEDLINE/PubMed ^{F8,F16}	Se desarrolló a partir del MeSH ; añade categorías propias (salud pública, homeopatía, vigilancia de la salud...) ^{F21}
Idiomas	Vocabulario de la NLM de EE. UU. ^{F20}	BIREME se encarga de los términos MeSH en portugués y español ; la Universidad de Chile traduce al español americano y el Instituto de Salud Carlos III al europeo; el INSERM y la Universidad de Rouen, al francés ^{F21} . El portal actual ofrece el contenido en cuatro idiomas ^{F22}
Uso	PubMed: etiqueta [mh]; Major Topic [majr] para la materia principal ^{F8}	Biblioteca Virtual en Salud (LILACS, MEDLINE...) ^{F21}

DeCS: ¿en qué idiomas?

EIR2019-047 da como INCORRECTA (opción oficial) la afirmación de que el DeCS es un tesauro disponible «en español, inglés y francés». **Criterio de la época:** en 2017 BIREME describía el DeCS como vocabulario «disponible en inglés, portugués y español»; el francés solo existía, desde 2016, como posibilidad de buscar con términos MeSH en francés ^{F42}. La opción, además, omite el **portugués**, la lengua de BIREME ^{F21}. **Criterio actual:** la BVS presenta hoy el DeCS en **cuatro idiomas (portugués, español, inglés y francés)**, con la traducción francesa del INSERM y la Universidad de Rouen ^{F21,F22}; leída hoy, la afirmación sería incompleta más que falsa. La respuesta oficial se mantiene.

DeCS: tesaurus

Señala la opción INCORRECTA:

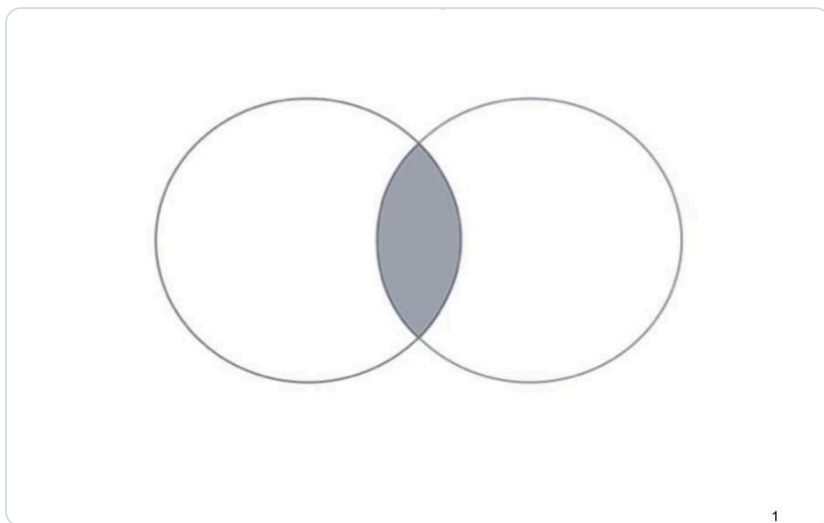
1. El “Medical Subject Heading (MeSH)” es un tesaurus.
2. El “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) es un tesaurus disponible en español, inglés y francés.
3. En un tesaurus, los descriptores están definidos explícitamente.
4. Tanto el MeSH como el DeCS son de consulta gratuita.

Los **operadores booleanos** combinan términos. En PubMed se escriben **en mayúsculas**; si no se pone ninguno, PubMed aplica AND entre conceptos; procesa la búsqueda **de izquierda a derecha**, y los **paréntesis** agrupan los conceptos que deben procesarse juntos ^{F8}.

Operador	Qué recupera	En un diagrama de Venn	Efecto
AND (Y)	Documentos que contienen todos los términos ^{F8,F13}	La intersección : la zona común de los dos círculos	Reduce resultados, aumenta la precisión
OR (O)	Documentos con al menos uno de los términos: la suma. Se usa con sinónimos o términos relacionados ^{F8,F13}	La unión : los dos círculos enteros	Amplía resultados
NOT (NO)	Excluye los documentos que contienen un término ^{F8,F13}	Un círculo menos la zona común	Reduce resultados

Operador booleano AND

Pregunta asociada a la imagen 2. Atendiendo a la imagen, el operador lógico Booleano al que corresponde es:



1. OR.
2. NOT.
3. AND.
4. *.

- **Truncamiento:** busca palabras con la **misma raíz y distintas terminaciones** (cardi* recupera cardiology, cardiac, cardiovascular...); según la base se usa el asterisco (*), el dólar (\$) o el interrogante (?) ^{F13}. En PubMed, el asterisco sustituye a 0 o más caracteres, exige **al menos 4 caracteres** antes del comodín y **desactiva el mapeo automático de términos (ATM)** y la expansión MeSH ^{F8}.
- **Frases:** entre **comillas dobles** («kidney allograft») ^{F8}.
- **Expansión (explode):** amplía automáticamente, con OR, un descriptor MeSH a los términos más específicos que cuelgan de él en el árbol; en PubMed se hace **por defecto** ^{F13}.
- **Subencabezamientos (subheadings):** acompañan al MeSH para destacar un aspecto (complicaciones, tratamiento farmacológico, diagnóstico...) ^{F13}.
- **Etiquetas de campo:** el término entre corchetes tras la palabra ([ti], [tiab], [au], [mh]) limita la búsqueda a ese campo y desactiva el ATM ^{F8}.

Los **límites o filtros** restringen una búsqueda según características del documento: **idioma**, tipo de publicación (revisión, ensayo clínico), grupo de edad, sexo... ^{F13}. En PubMed se aplican desde la barra lateral: fecha de publicación, disponibilidad del texto, tipo de artículo, **idioma**, especie, sexo y edad ^{F8}. Los **filtros metodológicos** son estrategias que ayudan a encontrar estudios de tratamiento, diagnóstico, etiología o pronóstico; en PubMed se llaman **Clinical Queries** ^{F8,F13}. Filtros ≠ booleanos ≠ tesauro ≠ truncamiento: son herramientas distintas ^{F13}.

Filtros o limitadores en búsqueda bibliográfica

El uso de filtros o limitadores en las estrategias de búsquedas bibliográficas se refiere a:

1. El uso de operadores booleanos.
2. El uso de tesauros.
3. Acotar la búsqueda por idioma.
4. El uso de truncamiento.

Concepto	Definición (CASPe) ^{F13}
Sensibilidad (recall, exhaustividad)	Documentos relevantes recuperados / total de relevantes que existen en la base
Especificidad (en otros textos, precisión)	Documentos relevantes recuperados / total de documentos recuperados
Ruido	Documentos recuperados que no son relevantes
Silencio	Documentos pertinentes que no se han recuperado

Especificidad o precisión

El glosario de CASPe llama **especificidad** al cociente «relevantes recuperados / total recuperados» ^{F13}. El Manual Cochrane llama a ese mismo cociente **precisión**, y **sensibilidad (recall)** a «relevantes identificados / total de relevantes en el recurso» ^{F46}. No confundir con la especificidad de una prueba diagnóstica.

Para ampliar o para reducir

¿Pocos resultados? **OR** con sinónimos, truncamiento, expansión MeSH o quitar términos. ¿Demasiados? **AND** con otro concepto, términos más específicos o **filtros** (idioma, fecha, tipo de artículo) ^{F8,F13}. Aumentar la exhaustividad (sensibilidad) de una búsqueda reduce su precisión y suele recuperar más documentos no relevantes ^{F46}.

5. Lectura crítica: plantillas CASPe

La **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 trabajo propio** ^{F24}. Es la **tercera etapa** de la EBE y requiere conocimientos de documentación, metodología de la investigación, estadística y epidemiología ^{F1}. Es, por tanto, un **proceso sistemático** sobre la validez y los resultados de un estudio, no la opinión de un experto sobre los autores ^{F24}.

EIR 2017 · 22

P36 · respuesta en el solucionario

Lectura crítica: definición

¿Qué es la lectura crítica?:

1. Es la lectura de un artículo realizada por un experto crítico.
2. La lectura crítica es el proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y la metodología del estudio, la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados.
3. Es la lectura en grupos de discusión donde se trata un tema específico.
4. Es una lectura donde lo que se valora y critica es la experiencia y capacidad de los autores del artículo.

CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) ofrece **plantillas de lectura crítica** para cada diseño: 11 preguntas para un ensayo clínico aleatorio, 10 para una revisión sistemática, 10 para un estudio de diagnóstico, 11 para reglas de predicción clínica, 10 para un estudio cualitativo, 11 para casos y controles, 11 para cohortes y 11 para una evaluación económica ^{F37}. Son herramientas para la lectura crítica, distintas de los **gestores de referencias** como **EndNote** ^{F51} y de **BibTeX**, que procesa bibliografías para LaTeX ^{F54} (sección 9).

EIR 2020 · 155

P18 · respuesta en el solucionario

Herramientas de lectura crítica: CASPe

Identifique cuál de las siguientes opciones se corresponde con herramientas facilitadoras para el análisis y lectura crítica de trabajos científicos:

1. EndNote.
2. eXeLearning.
3. BibTeX.
4. CASPe.

La plantilla CASPe del ensayo clínico se organiza en **tres grandes preguntas**: ¿son válidos los resultados?, ¿cuáles son los resultados? y ¿pueden ayudarnos? ^{F23}. Las preguntas **1 a 3** son **«de eliminación»** y las **4 a 6**, **«de detalle»**; las cinco preguntas **2-6** corresponden a dominios del estudio que definen su **riesgo de sesgo** ^{F23}. La primera es esencial: si no coincide con tu pregunta clínica (población, intervención, comparación y desenlaces), posiblemente no es el estudio que debas leer ^{F23}.

Bloque	Pregunta CASPe del ensayo clínico ^{F23}	Qué se comprueba
A. Validez (eliminación)	1. ¿Se orienta a una pregunta claramente definida?	PICO del estudio

Bloque	Pregunta CASPe del ensayo clínico ^{F23}	Qué se comprueba
A. Validez (eliminación; riesgo de sesgo)	2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Generación de la secuencia, ocultación de la secuencia de aleatorización , igualdad basal
A. Validez (eliminación; riesgo de sesgo)	3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos?	Desviaciones en la asignación o en la adherencia (cegado)
A. Validez (detalle; riesgo de sesgo)	4. ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas ?	Si difieren por grupo; análisis de sensibilidad
A. Validez (detalle; riesgo de sesgo)	5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?	Cegamiento (paciente, clínico, analizador)
A. Validez (detalle; riesgo de sesgo)	6. ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?	Registro del ensayo
B. Resultados	7. ¿Cuál es el efecto? · 8. ¿Cuál es su precisión?	Análisis por intención de tratar o por protocolo; intervalos de confianza
C. Aplicabilidad	9. ¿Aplicable a tu medio? · 10. ¿Todos los resultados importantes? · 11. ¿Beneficios frente a riesgos y costes?	Pacientes parecidos, balance, preferencias

El **cegamiento** (enmascaramiento) es el procedimiento por el que los participantes, los investigadores y/o el personal que evalúa los resultados **ignoran qué participantes reciben la intervención y cuáles el control** ^{F24}. De la definición se deduce que preguntar si se mantuvieron ciegos pacientes, clínicos y personal es preguntar por **su grado de conocimiento del tratamiento asignado**. Hay ensayos imposibles de cegar, como los que comparan cirugía con tratamiento médico ^{F24}.

Asignación aleatoria no es selección aleatoria

En un ECA los sujetos se **asignan por azar** a los grupos ^{F24}, y CASPe evalúa la **asignación aleatoria**, la **ocultación de la secuencia**, el **cegamiento** y las **pérdidas** ^{F23}. La **selección aleatoria de la muestra** (muestreo probabilístico de una población) **no** figura entre las preguntas de la plantilla del ensayo ^{F23}.

Enmascaramiento (ciego) en la lectura crítica CASPe

Cuando se evalúa críticamente un estudio aleatorizado y controlado con el instrumento de lectura crítica de la red CASPe, una de las cuestiones que se indaga es si se mantuvieron ciegos al tratamiento los pacientes, los clínicos y el personal del estudio. ¿A qué se refiere esta pregunta?

1. A si estudio era prospectivo.
2. Al tipo de aleatorización del estudio.
3. Al grado de conocimiento que tenían pacientes, investigadores y resto del personal sobre el tratamiento o intervención asignada.
4. Al número de grupos de asignación del experimento.

Lectura crítica de un ECA: aspectos a evaluar

En la lectura crítica de un ensayo clínico aleatorizado, NO es un aspecto a evaluar:

1. Ocultación de la secuencia de aleatorización.
2. Selección aleatoria de la muestra de sujetos de ensayo.
3. Cegamiento.
4. Perdidas en el seguimiento.

Para interpretar los resultados de un ensayo o una revisión se usan medidas de efecto. El **número necesario a tratar (NNT)** es el número de pacientes que hay que tratar para **evitar un desenlace adverso adicional**; es el **inverso de la reducción absoluta del riesgo** ($NNT = 1/RAR$) y se redondea siempre hacia arriba ^{F26}. Un NNT de 5 significa tratar a 5 personas para evitar un evento adicional ^{F26}. De la definición se deduce que **cuanto menor es el NNT, menos pacientes hay que tratar** para conseguir un beneficio adicional: una intervención con NNT 12 es más eficaz que otra con NNT 237. El NNT mide la **eficacia** de un tratamiento; su equivalente para efectos indeseables es el **número necesario para perjudicar (NNP/NNH)** ^{F24}.

Interpretación de resultados de una revisión sistemática

Una revisión sistemática ha evaluado el efecto de cuatro modalidades de intervenciones educativas guiadas por enfermeras en pacientes con cáncer. Para ello, midieron el impacto sobre su calidad de vida y el nivel de dolor. Se obtuvieron estos hallazgos sobre la mejora de la calidad de vida, expresados en términos de Número Necesario a Tratar (NNT). Modelo educativo 1: NNT 12 (IC: 95% 8,7-16,1) Modelo educativo 2: NNT 37 (IC: 95% 26,2-62,9) Modelo educativo 3: NNT 125 (IC: 95% 75,2-148,0) Modelo educativo 4: NNT 237 (IC: 95% 216,3-321,8)

1. El modelo educativo 4 es el más efectivo.
2. El modelo educativo 2 es el más efectivo.
3. El modelo educativo 3 es el más efectivo.
4. El modelo educativo 1 es el más efectivo.

Medida	Cálculo o lectura ^{F24,F26}
Reducción absoluta del riesgo (RAR)	Riesgo del control – riesgo del tratamiento. Ejemplo: 0,30 – 0,20 = 0,10
NNT	1/RAR. Con RAR 0,10: NNT 10
Riesgo relativo (RR)	Riesgo del grupo experimental / riesgo del control; 1 = sin diferencias
Odds ratio (OR)	Cociente de odds; 1 = el efecto del tratamiento no difiere del control

6. Niveles de evidencia y grados de recomendación: Oxford y GRADE

Las clasificaciones de la evidencia **parten del diseño**: en la literatura primaria, los **ensayos controlados aleatorizados** aportan evidencia de mejor calidad, seguidos por los estudios de **cohortes**, los de **casos y controles** y las **series o informes de casos** ^{F12}. La **opinión de expertos** sin evaluación crítica explícita ocupa el último nivel (nivel 5 de Oxford 2009) ^{F9}. Algunas, como la OCEBM 2011 y GRADE, suben o bajan después el nivel por la calidad del estudio, la imprecisión, la inconsistencia y otros factores ^{F7,F27}.

En la columna de tratamiento/prevenición y etiología/daño de la tabla del **Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford de 2009** los niveles son ^{F9}:

Nivel	Tratamiento/prevenición, etiología/daño (CEBM 2009) ^{F9}
1a	Revisión sistemática (con homogeneidad) de ECA
1b	ECA individual (con intervalo de confianza estrecho)
1c	Todo o nada (todos los pacientes morían antes de existir el tratamiento y ahora algunos sobreviven, o algunos morían y ahora ninguno muere)
2a	Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de cohortes
2b	Estudio de cohortes individual (incluido el ECA de baja calidad, p. ej., seguimiento < 80 %)
2c	Investigación de resultados («outcomes research»); estudios ecológicos
3a	Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de casos y controles
3b	Estudio de casos y controles individual
4	Series de casos (y estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad)
5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en la fisiología, la investigación de laboratorio o los «primeros principios»

Grado de recomendación (CEBM 2009) ^{F9}	Se basa en
A	Estudios de nivel 1 consistentes
B	Estudios de nivel 2 o 3 consistentes, o extrapolaciones de estudios de nivel 1
C	Estudios de nivel 4, o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3
D	Evidencia de nivel 5, o estudios de cualquier nivel preocupantemente inconsistentes o no concluyentes

Se puede añadir un signo «-» al nivel cuando la evidencia no es concluyente (un resultado con intervalo de confianza amplio o una revisión con heterogeneidad preocupante); esa evidencia solo puede generar recomendaciones de grado D ^{F9}. La tabla OCEBM de 2011 ya no incluye grados de recomendación ^{F7}.

Estudios de datos agregados: EIR2010-071

En **EIR2010-071** (respuesta reconstruida) la única secuencia que empieza por el **ensayo clínico** y termina en el **informe de un caso** es la oficial: ensayo clínico, casos y controles, estudio de riesgo agregado, serie de casos e informe de un caso. **Criterio de la tabla de Oxford de 2009:** los **estudios ecológicos** (de datos agregados) figuran en el **2c**, por **encima** de los casos y controles (3b) ^{F9}. La tabla de 2011 ya no los menciona ^{F7}. El orden oficial sigue una escala que no se ha podido identificar. La respuesta oficial se mantiene.

EIR 2010 · 71

P39 · respuesta en el solucionario

Jerarquía de la evidencia por tipo de estudio

Señale el orden jerárquico correcto, de mayor a menor, que se emplea para valorar la evidencia que aporta un estudio por la calidad de sus fuentes o tipo de estudio:

1. Estudio de casos y controles – Ensayo clínico – Estudio de riesgo agregado – Serie de casos – Informe de un caso.
2. Informe de un caso – Serie de casos – Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado.
3. Estudio de riesgo agregado – Estudio de casos y controles – Serie de casos – Informe de un caso – Ensayo clínico.
4. Serie de casos – Informe de un caso – Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado.
5. Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado – Serie de casos – Informe de un caso.

La tabla **OCEBM 2011** sustituyó los niveles 1a-5 por una matriz de **pregunta clínica x paso de búsqueda**: para cada tipo de pregunta indica qué evidencia buscar primero (paso 1) y cuál después si no existe ^{F7}. El nivel puede **bajar** por la calidad del estudio, la imprecisión, la evidencia indirecta (el PICO del estudio no coincide con el de la pregunta), la inconsistencia entre estudios o un tamaño de efecto absoluto muy pequeño, y **subir** si el efecto es grande o muy grande; como siempre, una revisión sistemática suele ser mejor que un estudio individual ^{F7}.

Pregunta ^{F7}	Paso 1 (nivel 1)	Paso 2 (nivel 2)	Paso 3 (nivel 3)	Paso 4 (nivel 4)	Paso 5 (nivel 5)
¿Es frecuente el problema?	Encuestas locales y actuales con muestra aleatoria (o censos)	RS de encuestas que permitan ajustar a las circunstancias locales	Muestra local no aleatoria	Serie de casos	n/a

Pregunta ^{F7}	Paso 1 (nivel 1)	Paso 2 (nivel 2)	Paso 3 (nivel 3)	Paso 4 (nivel 4)	Paso 5 (nivel 5)
¿Es exacta la prueba? (diagnóstico)	RS de estudios transversales con estándar de referencia aplicado de forma consistente y cegamiento	Estudios transversales individuales con estándar de referencia consistente y cegamiento	Estudios no consecutivos o sin estándar de referencia aplicado de forma consistente	Casos y controles, o estándar de referencia pobre o no independiente	Razonamiento basado en el mecanismo
¿Qué pasará si no añadimos tratamiento? (pronóstico)	RS de cohortes de inicio	Cohortes de inicio	Cohorte o brazo control de un ensayo aleatorizado	Series de casos, casos y controles o cohorte pronóstica de baja calidad	n/a
¿Ayuda la intervención? (beneficios del tratamiento)	RS de ensayos aleatorizados o ensayos n-de-1	Ensayo aleatorizado o estudio observacional con efecto espectacular	Cohorte/seguimiento controlado no aleatorizado	Series de casos, casos y controles o estudios con controles históricos	Razonamiento basado en el mecanismo
¿Cuáles son los daños FRECUENTES?	RS de ensayos aleatorizados, RS de casos y controles anidados, ensayo n-de-1 con el propio paciente u observacional con efecto espectacular	Ensayo aleatorizado individual o (excepcionalmente) observacional con efecto espectacular	Cohorte/seguimiento controlado no aleatorizado (vigilancia poscomercialización) con número suficiente; seguimiento suficiente para daños a largo plazo	Series de casos, casos y controles o estudios con controles históricos	Razonamiento basado en el mecanismo
¿Cuáles son los daños RAROS?	RS de ensayos aleatorizados o ensayo n-de-1	Ensayo aleatorizado o (excepcionalmente) observacional con efecto espectacular	Comparte los pasos 3-5 con los daños frecuentes	Comparte los pasos 3-5 con los daños frecuentes	Comparte los pasos 3-5 con los daños frecuentes
¿Merece la pena la prueba de detección precoz? (cribado)	RS de ensayos aleatorizados	Ensayo aleatorizado	Cohorte/seguimiento controlado no aleatorizado	Series de casos, casos y controles o estudios con controles históricos	Razonamiento basado en el mecanismo

El sistema **GRADE** (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) separa dos juicios: la **calidad (certeza) de la evidencia** y la **fuerza de la recomendación** ^{F27}. Los **ensayos aleatorizados** sin limitaciones importantes parten de **calidad alta**; los **estudios observacionales** sin fortalezas especiales ni limitaciones importantes, de **calidad baja** ^{F27}. La calidad puede **bajar** uno o dos niveles por **limitaciones del diseño o de la ejecución (riesgo de sesgo), inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación**, y **subir** por una **gran magnitud del efecto** (uno o dos niveles), porque todos los factores de confusión plausibles reducirían el efecto demostrado (uno) o por un **gradiente dosis-respuesta** (uno) ^{F27}.

Calidad GRADE	Definición (Handbook GRADE, tabla 5.1) ^{F27}
Alta	Hay mucha confianza en que el efecto real está cerca del estimado
Moderada	Confianza moderada: el efecto real probablemente está cerca del estimado, pero es posible que sea sustancialmente diferente
Baja	La confianza es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente del estimado
Muy baja	Muy poca confianza: el efecto real probablemente sea sustancialmente diferente del estimado



Baja frente a muy baja

La diferencia está en un verbo: **baja** = el efecto real **puede ser** sustancialmente diferente; **muy baja** = **probablemente sea** sustancialmente diferente; **moderada** = **es posible** que lo sea ^{F27}.

EIR 2020 · 154

P19 · respuesta en el solucionario

GRADE: calidad de evidencia baja

Atendiendo a la clasificación Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), cuando el estimador del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real, el grado de calidad de la evidencia correcto sería:

1. Muy baja.
2. Baja.
3. Moderada.
4. Alta.

La **fuerza de la recomendación** refleja hasta qué punto el panel confía en que los efectos deseables de una intervención superan a los indeseables (o al revés) en las personas a las que va dirigida ^{F27}. GRADE usa **dos categorías, fuerte y débil** (o condicional), y la fuerza depende del **balance entre beneficios y riesgos**, la **calidad de la evidencia**, los **valores y preferencias** y el **uso de recursos (costes)** ^{F27}. Una recomendación fuerte puede basarse en evidencia de calidad baja, y una débil en evidencia de calidad alta ^{F27}.

Para...	Recomendación FUERTE (tabla 6.1) ^{F27}	Recomendación DÉBIL ^{F27}
Pacientes	La mayoría de las personas en esta situación querrían la acción recomendada y solo una pequeña proporción no	La mayoría querría la acción sugerida, pero muchos no
Clínicos	La mayoría de las personas deberían recibir la intervención recomendada. Su cumplimiento puede usarse como criterio de calidad o indicador de desempeño; no suelen hacer falta ayudas a la decisión	Reconocer que distintas opciones serán apropiadas para distintos pacientes y ayudar a cada uno a llegar a una decisión coherente con sus valores y preferencias; más tiempo con el paciente
Decisores políticos	La recomendación puede adoptarse como política en la mayoría de las situaciones, incluso como indicador de desempeño	Hará falta un debate importante y la participación de muchos grupos de interés; las políticas variarán más entre regiones y los indicadores de desempeño deberían centrarse en que se haya deliberado adecuadamente sobre las opciones

EIR 2023 · 26

P10 · respuesta en el solucionario

GRADE: recomendación fuerte

El sistema GRADE considera como recomendación fuerte:

1. Para los pacientes, la mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellos no.
2. Para los gestores, existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.
3. Para los clínicos, la mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.
4. Para los planificadores, se reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes, y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.

Ventajas de GRADE frente a otros sistemas, según su manual ^{F27}:

- Desarrollado por un grupo ampliamente representativo de elaboradores de guías de todo el mundo ^{F27}.
- Separación clara entre la confianza en las estimaciones del efecto y la fuerza de las recomendaciones ^{F27}.
- Evaluación explícita de la **importancia de los resultados** de las estrategias alternativas ^{F27}.
- Criterios explícitos y completos para bajar y subir la calidad de la evidencia ^{F27}.
- Proceso **transparente** para pasar de la evidencia a las recomendaciones ^{F27}.
- **Reconocimiento explícito de los valores y preferencias** (no «de decisiones y referencias») ^{F27}.
- Interpretación clara y pragmática de las recomendaciones fuertes y débiles para clínicos, pacientes y decisores ^{F27}.

- Útil para **revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnologías sanitarias**, además de para guías ^{F27}.

EIR 2022 · 135

P12 · respuesta en el solucionario

Ventajas del sistema GRADE

Señale la opción **INCORRECTA** en relación a las ventajas del sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) sobre otros sistemas de clasificación:

1. Evaluación explícita de la importancia de los resultados de las estrategias de gestión alternativas.
2. Útil para revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnología sanitaria, así como para directrices.
3. Reconocimiento explícito de decisiones y referencias.
4. Proceso transparente de pasar de la evidencia a las recomendaciones.

7. Revisiones sistemáticas, revisiones panorámicas y metaanálisis

Una **revisión** es cualquier resumen de la literatura sobre un aspecto determinado; si no sigue reglas predefinidas (revisión **narrativa**), no está exenta de sesgos ^{F24}. En la **revisión sistemática**, la evidencia sobre un tema se ha **identificado, criticado y resumido sistemáticamente según criterios predeterminados** ^{F24}. Para leerla críticamente, CASPe pregunta si el tema estaba claramente definido, si se buscó el tipo de artículo adecuado, si se incluyeron los estudios importantes (bases de datos, referencias, expertos, estudios no publicados, idiomas distintos del inglés), si se valoró su calidad y si era razonable combinar los resultados ^{F25}.

La **revisión panorámica (scoping review)** sigue, como la sistemática, un proceso estructurado, pero con otros fines: **determinar el alcance o la cobertura de un conjunto de literatura** sobre un tema, dar una **indicación clara del volumen** de estudios disponibles, **identificar y mapear la evidencia** e **identificar lagunas de conocimiento** ^{F28}. Es útil cuando la evidencia es emergente y aún no está claro qué preguntas precisas podría responder una revisión sistemática, y puede ser un **precursor de la revisión sistemática** ^{F28}.

Tipo de revisión	Para qué sirve
Narrativa	Resume la literatura sin reglas predefinidas; riesgo de sesgo ^{F24}
Sistemática	Responde a una pregunta concreta identificando, criticando y resumiendo toda la evidencia con criterios predefinidos ^{F24}
Panorámica (scoping)	Mapear la evidencia, su volumen y sus lagunas; precursora de la sistemática ^{F28}
Metaanálisis	Combinación estadística de los resultados de dos o más estudios ^{F29}

EIR 2025 · 41

P5 · respuesta en el solucionario

Revisión panorámica (scoping review)

Seleccione el tipo de revisión de la literatura que se considera un precursor de la revisión sistemática, y permite una evaluación preliminar del volumen de la evidencia disponible sobre un tema, con el fin de proporcionar un mapa de esta e identificar lagunas de conocimiento:

1. Revisión narrativa.
2. Revisión panorámica.
3. Metaanálisis.
4. Revisión rápida.

El **metaanálisis** es la **combinación estadística de los resultados de dos o más estudios** independientes: da un estimador global con su intervalo de confianza que resume el efecto de la intervención experimental frente a la de comparación ^{F29}. Casi todos los métodos son variantes de una **media ponderada**: en el método del inverso de la varianza, los estudios **más grandes** (menor error estándar) reciben **más peso** ^{F29,F24}. Sus ventajas son mejorar la precisión, responder preguntas que no plantean los estudios individuales y resolver controversias; pero puede engañar si no se tienen en cuenta los diseños, los sesgos, la variabilidad entre estudios y el sesgo de publicación ^{F29}.

Requisito básico: solo se debe hacer un metaanálisis si los participantes, las intervenciones, las comparaciones y los resultados de los estudios son **suficientemente similares** para dar una respuesta clínicamente significativa; es decir, cuando el grupo de estudios es **suficientemente homogéneo** ^{F29}. No se exige que los estudios sean idénticos (la diversidad clínica no impide necesariamente el metaanálisis), pero combinar estudios muy dispares puede ser engañoso ^{F29}. CASPe lo formula como una pregunta de lectura crítica: si se mezclaron los resultados, ¿era razonable hacerlo?, es decir, ¿eran **similares entre sí?** ^{F25}.



Ni idénticos ni dispares: suficientemente similares

El metaanálisis combina estudios **suficientemente similares (homogéneos)** en participantes, intervenciones y resultados ^{F29}. Estudios **homogéneos** son aquellos cuyos resultados no varían entre sí más de lo que cabe esperar por azar; lo contrario es la **heterogeneidad** ^{F24}.

EIR 2016 · 212

P37 · respuesta en el solucionario

Requisito básico del metaanálisis: resultados equivalentes

El requisito básico de un metaanálisis es:

1. Extraer resultados distintos en estudios individuales.
2. Extraer resultados idénticos en estudios individuales.
3. Extraer resultados equivalentes en estudios individuales.
4. Extraer resultados dispares en estudios individuales.

EIR 2017 · 193

P34 · respuesta en el solucionario

Requisito básico del metaanálisis: resultados equivalentes

El requisito básico de un meta análisis es:

1. Extraer resultados distintos en estudios individuales.
2. Extraer resultados idénticos en estudios individuales.
3. Extraer resultados equivalentes en estudios individuales.
4. Extraer resultados dispares en estudios individuales.

El metaanálisis se representa en un **forest plot (diagrama de bosque)**, que muestra las estimaciones del efecto y sus intervalos de confianza de cada estudio y del metaanálisis ^{F29}. Cada estudio es un **cuadrado** situado en su **estimación puntual**, con una **línea horizontal** a cada lado que representa su **intervalo de confianza** (normalmente del 95 %); el **área del cuadrado** indica el **peso** del estudio en el metaanálisis ^{F29}. El **resultado combinado** aparece como un **rombo (diamante)** en la parte inferior: su centro es la **estimación puntual global** y su anchura, el **intervalo de confianza** del resultado combinado ^{F29,F32}.

El gráfico tiene una **línea vertical de referencia en el valor de no efecto** ^{F32}. En las medidas de razón (**OR**, **RR**), el valor **1** significa que no hay diferencia entre los grupos; en las de diferencia (diferencia de medias, diferencia de riesgos), el **0** ^{F30}. Las medidas de razón se dibujan en escala logarítmica, y **debajo del eje** se indica qué lado favorece a cada intervención (por ejemplo, «a favor de aspirina» / «a favor de placebo») ^{F32}. Si el intervalo de confianza **incluye el valor nulo**, no puede descartarse que la intervención no tenga efecto ^{F31}.



Cómo leer el rombo en tres pasos

1.º ¿A qué lado de la línea de no efecto (1 en OR y RR) cae el rombo? Las etiquetas del eje dicen a quién favorece ese lado **F32**. **2.º** ¿Toca o cruza la línea? Si su intervalo **incluye el 1**, no se puede descartar la ausencia de efecto **F30,F31**. **3.º** Si queda entero a un lado, el resultado global favorece a esa intervención. Ejemplo: OR 0,66 (IC 95 %: 0,55-0,80), con la etiqueta «intervención experimental» a la izquierda del 1: el rombo no toca el 1 y el resultado **favorece a la intervención experimental**, aunque varios estudios individuales, por sí solos, crucen la línea.

EIR 2025 · 43

P4 · respuesta en el solucionario

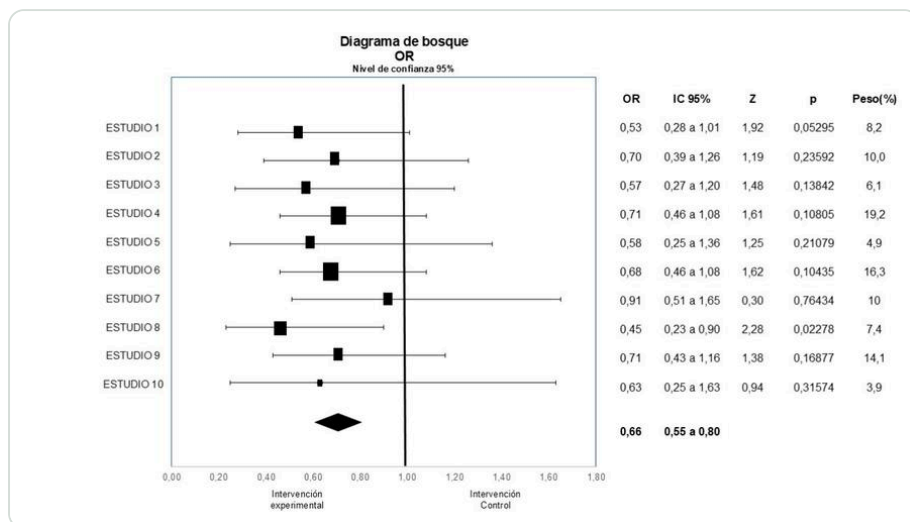
Forest plot: rombo e interpretación del resultado del metaanálisis

Al revisar un "forest plot" o diagrama de bosque, usted puede observar una figura con forma de rombo o diamante que nos indica:

1. La estimación puntual de las diferencias halladas en cada uno de los ensayos incluidos en el metaanálisis.
2. El valor de la estimación puntual del resultado del metaanálisis.
3. El sesgo de publicación.
4. La hipótesis nula.

Forest plot: rombo e interpretación del resultado del metaanálisis

Una revisión sistemática analiza el resultado de un programa experimental enfermero (intervención experimental) y lo compara con el resultado de la intervención enfermera que se utiliza habitualmente (intervención control). El resultado del metaanálisis está recogido en la Imagen 8. Según ese resultado ¿qué afirmación es correcta?:



1. El resultado está a favor de la intervención experimental.
2. El resultado está a favor de la intervención control.
3. No existe diferencia entre las dos intervenciones que se analizan.
4. El resultado parece estar a favor de la intervención experimental, pero no es significativo.

La **heterogeneidad** estadística es la variabilidad de los efectos entre estudios. Se explora con la prueba de **Chi²**, que tiene poca potencia cuando hay pocos estudios o son pequeños (por eso a veces se usa $p < 0,10$), y se cuantifica con el estadístico **I²**, que describe el **porcentaje de la variabilidad de las estimaciones del efecto que se debe a la heterogeneidad y no al azar** ^{F29}. Orientación aproximada del Manual Cochrane ^{F29}:

I ²	Interpretación orientativa ^{F29}
0 % - 40 %	Puede no ser importante
30 % - 60 %	Puede representar heterogeneidad moderada
50 % - 90 %	Puede representar heterogeneidad sustancial
75 % - 100 %	Heterogeneidad considerable

Los intervalos se solapan a propósito

Los tramos del I² se solapan porque su importancia depende de la magnitud y la dirección de los efectos y de la fuerza de la evidencia de heterogeneidad (p del Chi², intervalo de confianza del I²) ^{F29}. No confundir con el **log-rank** (supervivencia), el **coeficiente de Pearson** (correlación) ni la **odds ratio** (medida del efecto).

Heterogeneidad en metaanálisis: estadístico I^2

En un metaanálisis, ¿con qué medida se evalúa la heterogeneidad entre los estudios incluidos?:

1. Prueba de log-rank.
2. Estadístico I^2 .
3. Coeficiente de Pearson.
4. Odds ratio.

8. Guías para comunicar la investigación: red EQUATOR

Las **guías de publicación** (reporting guidelines) son listas de comprobación con los puntos esenciales que debe describir un artículo según su diseño; la red **EQUATOR** (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) las recopila en su biblioteca ^{F33}. Cada diseño tiene la suya:

Guía	Para qué diseño (según la ficha y la portada de EQUATOR) ^{F33,F38}
CONSORT 2025	Publicación de ensayos aleatorizados (actualización de 2025, publicada a la vez en BMJ, JAMA, Lancet y otras revistas)
SPIRIT 2025	Elementos del protocolo de un ensayo clínico
STROBE	Estudios observacionales en epidemiología: cohortes, casos y controles y transversales
PRISMA 2020	Revisiones sistemáticas y metaanálisis
STARD 2015	Estudios de exactitud diagnóstica
COREQ	Investigación cualitativa con entrevistas y grupos focales (32 ítems)
SRQR	Estudios de investigación cualitativa
SQUIRE 2.0	Proyectos de mejora de la calidad
TREND	Evaluaciones no aleatorizadas de intervenciones conductuales y de salud pública
AGREE Reporting Checklist	Publicación de guías de práctica clínica
PRISMA-P	Protocolos de revisión sistemática
TRIPOD	Estudios pronósticos ; EQUATOR lo agrupa con STARD en «estudios diagnósticos/pronósticos»
CARE	Casos clínicos (case reports)
RIGHT	Guías de práctica clínica , junto con AGREE
ARRIVE	Estudios preclínicos con animales
CHEERS	Evaluaciones económicas

Una por diseño

CONSORT = ensayo publicado; **SPIRIT** = ensayo en protocolo; **PRISMA** = revisión sistemática (**PRISMA-P**, su protocolo); **STROBE** = observacional (cohortes, casos y controles, transversal); **STARD** = diagnóstico; **TRIPOD** = pronóstico; **CARE** = caso clínico; **COREQ/SRQR** = cualitativo; **SQUIRE** = mejora de calidad; **CHEERS** = evaluación económica; **AGREE/RIGHT** = guías; **ARRIVE** = animales.

EIR 2019 · 56

P21 · respuesta en el solucionario

CONSORT: publicación de ensayos clínicos

Usted, como miembro de un equipo investigador que ha llevado a cabo un ensayo clínico aleatorizado, es responsable de revisar si el artículo que se encuentran preparando para solicitar publicación en una revista científica cumple los estándares exigidos para su comunicación. ¿Qué lista de comprobación utilizaría?:

1. COREQ.
2. STROBE.
3. CONSORT.
4. PRISMA.

EIR 2024 · 75

P8 · respuesta en el solucionario

SPIRIT: protocolo de ensayo clínico

¿Qué guía utilizarías para revisar los puntos esenciales que deben describirse en la elaboración de un protocolo de un ensayo clínico?:

1. SPIRIT.
2. STARD.
3. SQUIRE.
4. CONSORT.

EIR 2018 · 164

P31 · respuesta en el solucionario

STROBE: estudios observacionales (casos y controles, cohortes)

¿Cuál es el estándar de publicación recomendado para estudios de casos y controles?:

1. CONSORT.
2. STROBE.
3. AGREE.
4. TREND.

STROBE: estudios observacionales (casos y controles, cohortes)

¿Qué guía utilizaría para revisar los puntos esenciales que deben describirse en la publicación de un estudio de cohortes?:

1. SRQR.
2. STARD.
3. STROBE.
4. SQUIRE.

Publicar no es evaluar

CONSORT, STROBE o PRISMA dicen **qué debe contar** un artículo ^{F33}; las plantillas **CASPe** sirven para **juzgar** su validez, resultados y aplicabilidad ^{F23,F25}. El **AGREE Reporting Checklist** se aplica a la publicación de **guías de práctica clínica** ^{F33}.

9. Citas, referencias, estilos bibliográficos, DOI y gestores

En un trabajo académico hay que citar toda idea, hallazgo, resultado u otra información que no sea propia ni de conocimiento común ^{F35}. En APA, la **cita en el texto** incluye el **autor y el año**, y cada cita en el texto debe corresponder a **una sola entrada de la lista de referencias** ^{F35}. En esa lista figura la **referencia bibliográfica** completa, que en un artículo de revista recoge autores, año, título, revista, volumen, número, páginas y DOI ^{F34}. Es decir, la **cita** es la alusión que aparece **dentro del propio texto** y remite a la fuente, y la **referencia** es la descripción completa de esa fuente en la lista.

EIR 2020 · 181

P16 · respuesta en el solucionario

Cita bibliográfica: definición

El desarrollo de un trabajo académico o documento científico requiere de una bibliografía sistemática y estructurada. La alusión dentro del texto del trabajo académico a ideas, frases o documentos ajenos, remitiendo al lector a la fuente de la que se extrae la información, se denomina:

1. Bibliografía.
2. Referencia bibliográfica.
3. Cita bibliográfica.
4. Lista de referencias.

APA (American Psychological Association) va por la **7.ª edición** de su *Publication Manual* (2020) ^{F35}. En el texto, la cita lleva **autor y año**: entre paréntesis, «(Autor, año)», o narrativa, «Autor (año)» ^{F35}. Lo que se conoce como estilo **Vancouver** son las normas de referencias del ICMJE, el comité de editores de **revistas médicas** antes conocido como **«Grupo de Vancouver»** ^{F49,F43}; sus requisitos uniformes para manuscritos se publicaron por primera vez en **1978** ^{F43}. Las referencias se **numeran de forma consecutiva en el orden en que se mencionan por primera vez en el texto**, con números arábigos entre paréntesis, los títulos de las revistas se abrevian según el estilo de MEDLINE, y las referencias siguen los ejemplos de la NLM y su manual *Citing Medicine* ^{F43}; el formato se basa en la norma NISO Z39.29 adaptada por la **NLM** ^{F44}.

Estilo	Formato de artículo de revista	Ejemplo
APA 7.ª	Autor, A. A., & Autor, B. B. (Año). Título del artículo. <i>Nombre de la Revista</i> , volumen(número), #-#. https://doi.org/xxxx ^{F34}	Niepel, C., Hausen, J. E., Weber, A. M., & Möller, J. (2025). Understanding mean-level and intraindividual variability in state academic self-concept... <i>Journal of Educational Psychology</i> , 117(5), 772-788. https://doi.org/10.1037/edu0000946 ^{F48}
Vancouver	Autores (apellido e iniciales). Título del artículo. Revista abreviada. Año;volumen(número):páginas ^{F44,F43}	Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. <i>N Engl J Med</i> . 2002 Jul 25;347(4):284-7 ^{F44}
IEEE	J. K. Autor, «Título del artículo», Abrev. de la revista, vol. x, no. x, pp. xxx-xxx, Abrev. mes, año ^{F45}	W. Rafferty, «Ground antennas in NASA's deep space telecommunications», <i>Proc. IEEE</i> , vol. 82, no. 5, pp. 636-640, May 1994 ^{F45}



Reconocer APA a primera vista

Apellido, iniciales. → **(año)** justo después de los autores → título → revista → **volumen(número), páginas** → DOI: es APA ^{F34}. En Vancouver los autores van sin puntos tras las iniciales y el año va **detrás de la abreviatura de la revista y antes del volumen** («N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7») ^{F44}; si aparecen vol., no. y pp. con el mes y el año al final, es IEEE ^{F45}.

EIR 2022 · 54

P13 · respuesta en el solucionario

Estilo APA 7ª ed.: formato de referencia

A la hora de presentar un trabajo de investigación, nos indican que la bibliográfica se tiene que presentar en estilo APA 7ª ed. Identifique cuál de las siguientes opciones sería la correcta:

1. Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.
2. Bravo, E., Barco, R. y Bullón, A. (2010). Anatomic study of the abductor pollicis longus: A source for grafting material of the hand. Clinical Orthopaedics and Related Research, 468(5), 1305-1309.
3. Estévez, Federico, Eric Magar y Guillermo Rosas. 2008. "Partisanship in nonpartisan electoral agencies and democratic compliance: Evidence from Mexico's Federal Electoral Institute". Electoral Studies 27 (junio): 257-71.
4. S.-Y. Chung, "Multi-level dirty paper coding," IEEE Communication Letters, vol. 12, no. 6, pp. 456-458, June 2008.

El **DOI (Digital Object Identifier)** proporciona un enlace **accionable, interoperable y persistente** a un objeto ^{F36}. «Objeto» es **cualquier entidad, física, digital o abstracta**: el sistema es ampliable a cualquier sector y **no es una solución exclusiva de la edición** ni de los artículos de revista ^{F36}. Permite **reutilizar otros identificadores existentes, como el ISBN** ^{F36}. En APA 7, la referencia de un artículo incluye el DOI siempre que lo tenga, en forma <https://doi.org/...> ^{F34}.

EIR 2019 · 45

P24 · respuesta en el solucionario

DOI: características

Señale qué característica del Digital Object Identifier (DOI) es INCORRECTA:

1. El DOI constituye un identificador único y permanente de una porción de contenido y un mecanismo para acceder a ese contenido electrónicamente.
2. Proporciona un sistema de identificación permanente, accionable e interoperable de información.
3. Su uso es exclusivo para artículos de revistas científicas.
4. Puede incluir otros indicadores como el ISBN.

Los **gestores de referencias bibliográficas** sirven para reunir, organizar y citar la bibliografía y generar las referencias en el estilo que se necesite: **Zotero**, gratuito, ayuda a «recopilar, organizar, anotar, citar y compartir» la investigación y admite más de 9.000 estilos de cita ^{F50}; **EndNote** (Clarivate) es un gestor de referencias con más de 7.000 estilos que puede alimentar sus bibliotecas con datos de **Web of Science** ^{F51}; **RefWorks** (Clarivate) es un servicio de gestión de referencias en la nube ^{F52}, y **Mendeley** (Elsevier) también es un gestor de

referencias ^{F53}. **BibTeX** guarda los datos de las citas de forma genérica y los imprime en el documento, normalmente **LaTeX**, con el estilo elegido ^{F54}. **Feedly**, en cambio, se presenta como un **lector de noticias** para seguir fuentes (RSS) en un solo lugar ^{F55}; no se describe como gestor de referencias.

EIR 2019 · 44

P25 · respuesta en el solucionario

Gestores de referencias bibliográficas

Señala cuál de los siguientes recursos electrónicos NO es un gestor de referencias bibliográficas :

1. EndNote.
2. Feedly.
3. RefWorks.
4. Zotero.

Todas las preguntas del tema (39)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 46

P1 · respuesta en el solucionario

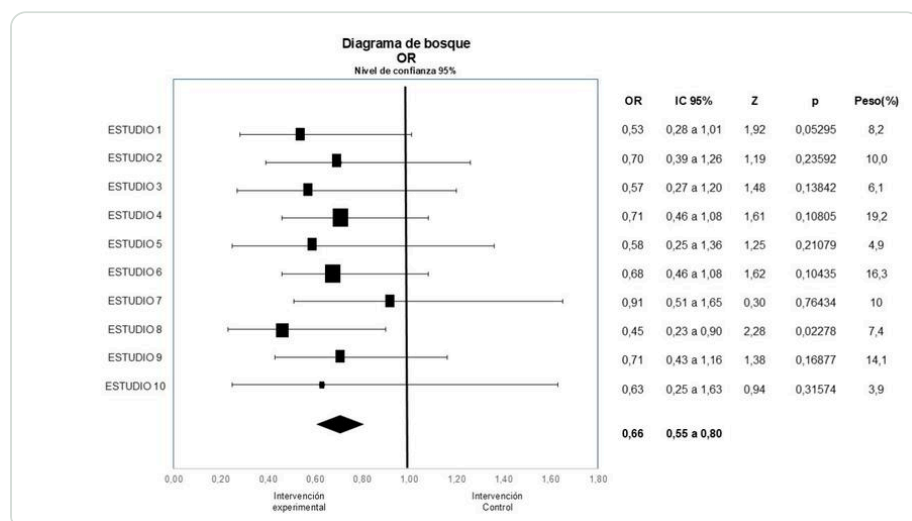
En un metaanálisis, ¿con qué medida se evalúa la heterogeneidad entre los estudios incluidos?:

1. Prueba de log-rank.
2. Estadístico I^2 .
3. Coeficiente de Pearson.
4. Odds ratio.

EIR 2026 · 8

P2 · respuesta en el solucionario

Una revisión sistemática analiza el resultado de un programa experimental enfermero (intervención experimental) y lo compara con el resultado de la intervención enfermera que se utiliza habitualmente (intervención control). El resultado del metaanálisis está recogido en la Imagen 8. Según ese resultado ¿qué afirmación es correcta?:



1. El resultado está a favor de la intervención experimental.
2. El resultado está a favor de la intervención control.
3. No existe diferencia entre las dos intervenciones que se analizan.
4. El resultado parece estar a favor de la intervención experimental, pero no es significativo.

EIR 2025 · 203

P3 · respuesta en el solucionario

¿Qué guía utilizaría para revisar los puntos esenciales que deben describirse en la publicación de un estudio de cohortes?:

1. SRQR.
2. STARD.
3. STROBE.
4. SQUIRE.

Al revisar un "forest plot" o diagrama de bosque, usted puede observar una figura con forma de rombo o diamante que nos indica:

1. La estimación puntual de las diferencias halladas en cada uno de los ensayos incluidos en el metaanálisis.
2. El valor de la estimación puntual del resultado del metaanálisis.
3. El sesgo de publicación.
4. La hipótesis nula.

Seleccione el tipo de revisión de la literatura que se considera un precursor de la revisión sistemática, y permite una evaluación preliminar del volumen de la evidencia disponible sobre un tema, con el fin de proporcionar un mapa de esta e identificar lagunas de conocimiento:

1. Revisión narrativa.
2. Revisión panorámica.
3. Metaanálisis.
4. Revisión rápida.

¿A qué corresponde la acción de resumir los resultados de una búsqueda de información que identifica y localiza la mejor evidencia en apoyo de una acción clínica?:

1. Síntesis.
2. Sinopsis de síntesis.
3. Sumarios.
4. Sistemas.

El desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) se establece en cinco etapas, ¿la tercera etapa a qué corresponde?:

1. Formular preguntas clínicas.
2. Realización de búsqueda bibliográfica.
3. Lectura crítica.
4. Aplicación a la práctica clínica.

¿Qué guía utilizarías para revisar los puntos esenciales que deben describirse en la elaboración de un protocolo de un ensayo clínico?:

1. SPIRIT.
2. STARD.
3. SQUIRE.
4. CONSORT.

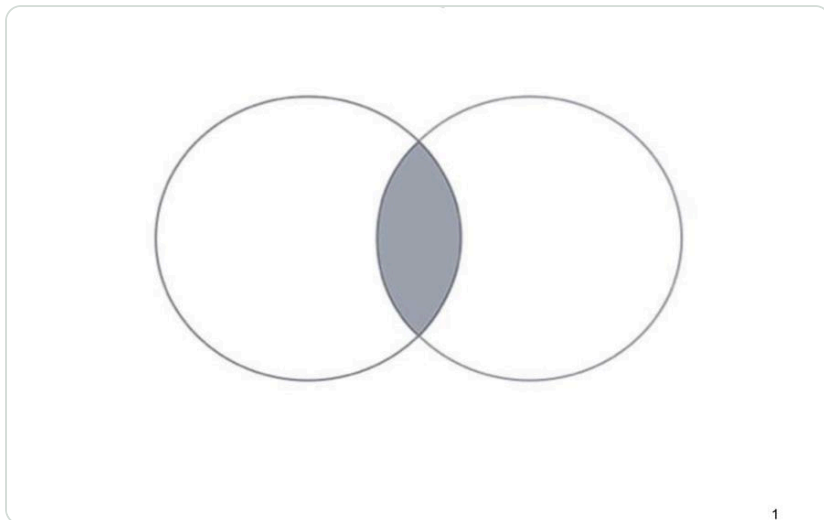
Respecto a la pirámide de Haynes, las fuentes primarias se encuentran en:

1. La base.
2. Estrato intermedio: Compendios.
3. Estrato intermedio: Sistema.
4. La cúspide.

El sistema GRADE considera como recomendación fuerte:

1. Para los pacientes, la mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellos no.
2. Para los gestores, existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.
3. Para los clínicos, la mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.
4. Para los planificadores, se reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes, y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.

Pregunta asociada a la imagen 2. Atendiendo a la imagen, el operador lógico Booleano al que corresponde es:



1. OR.
2. NOT.
3. AND.
4. *.

Señale la opción INCORRECTA en relación a las ventajas del sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) sobre otros sistemas de clasificación:

1. Evaluación explícita de la importancia de los resultados de las estrategias de gestión alternativas.
2. Útil para revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnología sanitaria, así como para directrices.
3. Reconocimiento explícito de decisiones y referencias.
4. Proceso transparente de pasar de la evidencia a las recomendaciones.

A la hora de presentar un trabajo de investigación, nos indican que la bibliográfica se tiene que presentar en estilo APA 7ª ed. Identifique cuál de las siguientes opciones sería la correcta:

1. Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.
2. Bravo, E., Barco, R. y Bullón, A. (2010). Anatomic study of the abductor pollicis longus: A source for grafting material of the hand. Clinical Orthopaedics and Related Research, 468(5), 1305-1309.
3. Estévez, Federico, Eric Magar y Guillermo Rosas. 2008. "Partisanship in nonpartisan electoral agencies and democratic compliance: Evidence from Mexico's Federal Electoral Institute". Electoral Studies 27 (junio): 257-71.
4. S.-Y. Chung, "Multi-level dirty paper coding," IEEE Communication Letters, vol. 12, no. 6, pp. 456-458, June 2008.

Respecto a la pirámide de Haynes, ¿cuál de las fuentes de información enumeradas a continuación se halla en la cúspide de la pirámide?:

1. Metaanálisis.
2. Artículos originales.
3. Sistemas de ayuda a la toma de decisiones.
4. Revisiones sistemáticas.

Atendiendo a la siguiente pregunta clínica estructurada: Los niños de madres que consumieron cocaína durante el embarazo y que comienzan su escolarización, ¿se deben considerar susceptibles de mayor riesgo de problemas de aprendizaje? Identifique de qué tipo de pregunta clínica se trata:

1. Pregunta sobre intervención.
2. Pregunta sobre etiología.
3. Pregunta sobre pronóstico.
4. Pregunta sobre diagnóstico.

El desarrollo de un trabajo académico o documento científico requiere de una bibliografía sistemática y estructurada. La alusión dentro del texto del trabajo académico a ideas, frases o documentos ajenos, remitiendo al lector a la fuente de la que se extrae la información, se denomina:

1. Bibliografía.
2. Referencia bibliográfica.
3. Cita bibliográfica.
4. Lista de referencias.

Atendido a la siguiente pregunta clínica estructurada en formato "PICO": ¿Se deben recomendar los programas educativos estructurados dirigidos a personas con diabetes mellitus tipo 1 y a sus familiares?, identifique cuál sería el componente clave INTERVENCIÓN:

1. Programa estructurado.
2. Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y sus familiares.
3. Autocontrol de la enfermedad: alimentación, ejercicio físico, cuidado de los pies, abandono control de la glucemia; reducción de enfermedad cardiovascular; prevención/reducción de visitas a urgencias, mejoría en calidad de vida, reducción de la mortalidad, reducción del hábito de fumar.
4. Cuidados habituales.

Identifique cuál de las siguientes opciones se corresponde con herramientas facilitadoras para el análisis y lectura crítica de trabajos científicos:

1. EndNote.
2. eXeLearning.
3. BibteX.
4. CASPe.

Atendiendo a la clasificación Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), cuando el estimador del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real, el grado de calidad de la evidencia correcto sería:

1. Muy baja.
2. Baja.
3. Moderada.
4. Alta.

En la lectura crítica de un ensayo clínico aleatorizado, NO es un aspecto a evaluar:

1. Ocultación de la secuencia de aleatorización.
2. Selección aleatoria de la muestra de sujetos de ensayo.
3. Cegamiento.
4. Perdidas en el seguimiento.

Usted, como miembro de un equipo investigador que ha llevado a cabo un ensayo clínico aleatorizado, es responsable de revisar si el artículo que se encuentran preparando para solicitar publicar en una revista científica cumple los estándares exigidos para su comunicación. ¿Qué lista de comprobación utilizaría?:

1. COREQ.
2. STROBE.
3. CONSORT.
4. PRISMA.

Las preguntas clínicas pueden clasificarse según el dominio clínico al que correspondan. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es una categoría de agrupación de dicho dominio?:

1. Diagnóstico.
2. Pronóstico.
3. Tratamiento o Intervención.
4. De primera línea.

Señala la opción INCORRECTA:

1. El "Medical Subject Heading (MeSH)" es un tesoro.
2. El "Descriptores en Ciencias de la Salud" (DeCS) es un tesoro disponible en español, inglés y francés.
3. En un tesoro, los descriptores están definidos explícitamente.
4. Tanto el MeSH como el DeCS son de consulta gratuita.

Señale qué característica del Digital Object Identifier (DOI) es INCORRECTA:

1. El DOI constituye un identificador único y permanente de una porción de contenido y un mecanismo para acceder a ese contenido electrónicamente.
2. Proporciona un sistema de identificación permanente, accionable e interoperable de información.
3. Su uso es exclusivo para artículos de revistas científicas.
4. Puede incluir otros indicadores como el ISBN.

Señala cuál de los siguientes recursos electrónicos NO es un gestor de referencias bibliográficas :

1. EndNote.
2. Feedly.
3. RefWorks.
4. Zotero.

Señala cuál de los siguientes NO es un metabuscador :

1. SUMSearch
2. 2. TRIP database.
3. Cochrane.
4. Epistemonikos.

Señale cuál de las siguientes NO es una base de datos bibliográfica de Ciencias de la Salud :

1. Cuiden.
2. Pubmed.
3. Medline.
4. CINAHL.

Cuando se evalúa críticamente un estudio aleatorizado y controlado con el instrumento de lectura crítica de la red CASPe, una de las cuestiones que se indaga es si se mantuvieron ciegos al tratamiento los pacientes, los clínicos y el personal del estudio. ¿A qué se refiere esta pregunta?

1. A si estudio era prospectivo.
2. Al tipo de aleatorización del estudio.
3. Al grado de conocimiento que tenían pacientes, investigadores y resto del personal sobre el tratamiento o intervención asignada.
4. Al número de grupos de asignación del experimento.

¿Qué metabuscador permite hacer búsquedas en formato PICO?:

1. Trip Database.
2. Epistemonikos.
3. NHS Evidence.
4. PubMed Health.

Una revisión sistemática ha evaluado el efecto de cuatro modalidades de intervenciones educativas guiadas por enfermeras en pacientes con cáncer. Para ello, midieron el impacto sobre su calidad de vida y el nivel de dolor. Se obtuvieron estos hallazgos sobre la mejora de la calidad de vida, expresados en términos de Número Necesario a Tratar (NNT). Modelo educativo 1: NNT 12 (IC: 95% 8,7-16,1) Modelo educativo 2: NNT 37 (IC: 95% 26,2-62,9) Modelo educativo 3: NNT 125 (IC: 95% 75,2-148,0) Modelo educativo 4: NNT 237 (IC: 95% 216,3-321,8)

1. El modelo educativo 4 es el más efectivo.
2. El modelo educativo 2 es el más efectivo.
3. El modelo educativo 3 es el más efectivo.
4. El modelo educativo 1 es el más efectivo.

¿Cuál es el estándar de publicación recomendado para estudios de casos y controles?:

1. CONSORT.
2. STROBE.
3. AGREE.
4. TREND.

El uso de filtros o limitadores en las estrategias de búsquedas bibliográficas se refiere a:

1. El uso de operadores booleanos.
2. El uso de tesauros.
3. Acotar la búsqueda por idioma.
4. El uso de truncamiento.

¿Cuál de las siguientes fuentes de información científica contiene específicamente revisiones sobre un determinado tema?:

1. Medline.
2. Cochrane Library.
3. Scielo.
4. Cuiden.

El requisito básico de un meta análisis es:

1. Extraer resultados distintos en estudios individuales.
2. Extraer resultados idénticos en estudios individuales.
3. Extraer resultados equivalentes en estudios individuales.
4. Extraer resultados dispares en estudios individuales.

¿Qué es la Enfermería basada en la Evidencia?:

1. Es la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes.
2. Hacer estudios de investigación en cuidados de enfermería.
3. Es administrar cuidados basados en las opiniones de los expertos.
4. Es la aplicación de cuidados de enfermería que han mostrado ser eficientes.

¿Qué es la lectura crítica?:

1. Es la lectura de un artículo realizada por un experto crítico.
2. La lectura crítica es el proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y la metodología del estudio, la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados.
3. Es la lectura en grupos de discusión donde se trata un tema específico.
4. Es una lectura donde lo que se valora y critica es la experiencia y capacidad de los autores del artículo.

El requisito básico de un metaanálisis es:

1. Extraer resultados distintos en estudios individuales.
2. Extraer resultados idénticos en estudios individuales.
3. Extraer resultados equivalentes en estudios individuales.
4. Extraer resultados dispares en estudios individuales.

¿Qué son las “Guías de Práctica Clínica”?:

1. Manuales elaborados para los “practicum” de los alumnos de posgrado, en los que se dan normas y se detallan algunas consideraciones necesarias para esa etapa de su formación.
2. Una colección de publicaciones en papel y digitales en la que profesionales sanitarios de gran prestigio relatan experiencias y exponen planteamientos de notable interés.
3. Informes seleccionados por las Direcciones Asistenciales de algunos hospitales de referencia, en los que los profesionales sanitarios explican casos y eventos clínicos significativos.
4. Un tipo de aplicaciones informáticas, que permiten a los profesionales sanitarios obtener respuestas en línea, a dudas que deseen formular acerca de acontecimientos sucedidos en su práctica clínica cotidiana.
5. Un conjunto de recomendaciones, diseñadas para ayudar tanto a los profesionales como a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas.

Señale el orden jerárquico correcto, de mayor a menor, que se emplea para valorar la evidencia que aporta un estudio por la calidad de sus fuentes o tipo de estudio:

1. Estudio de casos y controles – Ensayo clínico – Estudio de riesgo agregado – Serie de casos – Informe de un caso.
2. Informe de un caso – Serie de casos – Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado.
3. Estudio de riesgo agregado – Estudio de casos y controles – Serie de casos – Informe de un caso – Ensayo clínico.
4. Serie de casos – Informe de un caso – Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado.
5. Ensayo clínico – Estudio de casos y controles – Estudio de riesgo agregado – Serie de casos – Informe de un caso.

Preguntas que también podrían ser de este tema (3)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2019 · 59

P40 · respuesta en el solucionario

Son objetivos previstos en el Plan del Gobierno Español para la protección de la salud frente a las pseudoterapias:

1. Analizar las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Autorizar el uso de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos casos cuyo titular de la acción sea un profesional sanitario con el título de Grado o equivalente y esté debidamente acreditado para ejercer una profesión sanitaria y bajo su propia responsabilidad.
3. Autorizar la realización de pseudoterapias única y exclusivamente en aquellos centros que cuenten con la acreditación oficial de centro sanitario reconocido.
4. Desarrollar alianzas con la Conferencia de Decanos, los/las Rectores/as, las CCAA, la comunidad universitaria y los colegios profesionales para garantizar que las pseudoterapias se lleven a cabo única y exclusivamente por los profesionales autorizados.

EIR 2017 · 234

P41 · respuesta en el solucionario

¿El ensayo clínico aleatorizado es el diseño que se relaciona con?:

1. Preguntas relacionadas con prevención.
2. Preguntas relacionadas con tratamiento, gestión y costes.
3. Preguntas relacionadas con diagnóstico y pronóstico.
4. Preguntas descriptivas.

EIR 2011 · 13

P42 · respuesta en el solucionario

Cuando se realiza una valoración crítica del diseño de un estudio de investigación, el tamaño y representatividad de la muestra de estudio, la validez de los procedimientos de investigación y la validez de las técnicas de análisis de los datos, se están analizando las dimensiones:

1. Reales y técnicas.
2. Metodológicas.
3. Fundamentales.
4. Interpretativas.
5. Estilísticas.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 46	2	
P2	EIR 2026 · 8	1	
P3	EIR 2025 · 203	3	
P4	EIR 2025 · 43	2	
P5	EIR 2025 · 41	2	
P6	EIR 2024 · 81	2	
P7	EIR 2024 · 79	3	
P8	EIR 2024 · 75	1	
P9	EIR 2023 · 27	1	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2023 · 26	3	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 2	3	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2022 · 135	3	
P13	EIR 2022 · 54	2	
P14	EIR 2022 · 53	3	
P15	EIR 2021 · 36	2	
P16	EIR 2020 · 181	3	
P17	EIR 2020 · 156	1	
P18	EIR 2020 · 155	4	
P19	EIR 2020 · 154	2	
P20	EIR 2019 · 72	2	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2019 · 56	3	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2019 · 49	4	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2019 · 47	2	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2019 · 45	3	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2019 · 44	2	hoja del archivo oficial

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2019 · 43	3	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2019 · 42	2	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2018 · 168	3	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2018 · 167	1	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2018 · 166	4	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2018 · 164	2	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2018 · 149	3	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2018 · 146	2	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2017 · 193	3	
P35	EIR 2017 · 23	1	
P36	EIR 2017 · 22	2	
P37	EIR 2016 · 212	3	hoja del archivo oficial
P38	EIR 2015 · 198	5	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2010 · 71	5	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2019 · 59	1	hoja del archivo oficial
P41	EIR 2017 · 234	2	
P42	EIR 2011 · 13	2	

Fuentes

- **F1** Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*. 2011;10(24). doi:10.4321/S1695-61412011000400020. · <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020> · consultada 2026-09-25
- **F2** Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*. 2005;5:1. · <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1> · consultada 2026-09-24
- **F3** GuíaSalud (Sistema Nacional de Salud). Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el SNS: definición de GPC. Página vigente en 2026. · <https://portal.guiasalud.es/gpc/> · consultada 2026-09-25
- **F4** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias. Noviembre de 2018 (publicado por el Ministerio de Sanidad con su nota de prensa del 14/11/2018). · <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/20181141118135247771.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F5** Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford. Asking focused questions (EBM tools). Página vigente en 2026. · <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/asking-focused-questions> · consultada 2026-09-24
- **F6** Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*. 1995 (registro PubMed 7582737). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7582737/> · consultada 2026-09-25
- **F7** OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011. · <https://www.cebm.ox.ac.uk/files/levels-of-evidence/cebm-levels-of-evidence-2-1.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F8** National Library of Medicine. PubMed User Guide. Última actualización: 24 de septiembre de 2026. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/> · consultada 2026-09-24
- **F9** Phillips B, Ball C, Sackett D, et al.; actualizado por Howick J. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009). · <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009> · consultada 2026-09-24
- **F10** Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford. Study designs (EBM tools). Página vigente en 2026. · <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/study-designs> · consultada 2026-09-24
- **F11** DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*. 2009;12(4):99-101. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b (registro PubMed 19779069, leído con la API E-utilities del NCBI). El texto completo es de pago; el primer tramo es de acceso abierto en la web de la editorial. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (05-12-2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://ebn.bmj.com/content/12/4/99.2> · consultada 2026-09-26
- **F12** Ladrón de Guevara-Hernández D. Pirámide de evidencia: nuevos conceptos y desafíos (editorial). *Austral Journal of Imaging*. 2025;31(2):51-52. doi:10.24875/AJI.M25000035. · <https://doi.org/10.24875/AJI.M25000035> · consultada 2026-09-25
- **F13** CASPe (Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español). Glosario de búsquedas. 2015. · <https://redcaspe.org/glosariobusq.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F14** Cochrane Library (Cochrane / Wiley). About the Cochrane Library. Página vigente en 2026. · <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-library> · consultada 2026-09-25

- **F15** Rodríguez-Gómez R. Metabuscadores en el área biomédica. Una actualización. Acta Médica Colombiana. 2023;48(2). doi:10.36104/amc.2023.2587. · <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2587> · consultada 2026-09-25
- **F16** National Library of Medicine. MEDLINE Overview. Última revisión: 8 de septiembre de 2025. · https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html · consultada 2026-09-24
- **F17** National Library of Medicine. About PubMed. Página vigente en 2026. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> · consultada 2026-09-25
- **F18** Fundación Index. CUIDEN: Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index. Página vigente en 2026. · <https://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/> · consultada 2026-09-25
- **F19** EBSCO. CINAHL Database. Página vigente en 2026. · <https://about.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database> · consultada 2026-09-25
- **F20** National Library of Medicine. Medical Subject Headings (MeSH). Última revisión: 24 de septiembre de 2026. · <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html> · consultada 2026-09-25
- **F21** BIREME/OPS/OMS. Acerca del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Página vigente en 2026. · <https://decs.bvsalud.org/es/sobre-decs/> · consultada 2026-09-25
- **F22** Organización Panamericana de la Salud. BIREME inaugurate new DeCS portal. 18 de septiembre de 2020. · <https://www.paho.org/en/news/18-9-2020-bireme-inaugurate-new-decs-portal> · consultada 2026-09-25
- **F23** CASPe. 11 preguntas para entender un ensayo clínico (plantilla, basada en Cabello JB, Pijoan JI. Lectura crítica de la evidencia clínica. 2.^a ed. Elsevier; 2022). Publicada en 2023. · <https://redcaspe.org/wp-content/uploads/2023/05/Plantilla-Ensayo-Clinico.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F24** CASPe. Glosario de ensayos y revisiones sistemáticas. Versión disponible en 2026. · <https://redcaspe.org/glosarioecyrs.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F25** Cabello JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica. Alicante: CASPe; 2005. · https://redcaspe.org/plantilla_revision.pdf · consultada 2026-09-25
- **F26** Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford. Number Needed to Treat (NNT) (EBM tools). Página vigente en 2026. · <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/number-needed-to-treat-nnt> · consultada 2026-09-24
- **F27** Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, Oxman A (eds.). GRADE Handbook. GRADE Working Group; actualizado en octubre de 2013. · <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html> · consultada 2026-09-24
- **F28** Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Medical Research Methodology. 2018;18:143. · <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x> · consultada 2026-09-25
- **F29** Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG, McKenzie JE, Veroniki AA (eds.). Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses (actualizado en noviembre de 2024). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versión 6.5. Cochrane, 2024. · <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-10> · consultada 2026-09-25
- **F30** Higgins JPT, Li T, Deeks JJ (eds.). Chapter 6: Choosing effect measures and computing estimates of effect (actualizado en agosto de 2023). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versión 6.5. Cochrane, 2024. · <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-06> · consultada 2026-09-25

- **F31** Schünemann HJ, Vist GE, Higgins JPT, et al. Chapter 15: Interpreting results and drawing conclusions (actualizado en agosto de 2023). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versión 6.5. Cochrane, 2024. · <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-15> · consultada 2026-09-25
- **F32** Cochrane. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versión 6.5: Chapter III, technical supplement (recommendations for forest plots). 2024. · <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/PDF/v6.5/chapter-iii-technical-supplement> · consultada 2026-09-25
- **F33** EQUATOR Network. Library for health research reporting: fichas de CONSORT 2025, SPIRIT 2025, STROBE, PRISMA 2020, STARD 2015, COREQ, SRQR, SQUIRE 2.0, TREND y AGREE Reporting Checklist. Consultadas en 2026. · <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/> · consultada 2026-09-25
- **F34** American Psychological Association. Reference guide for journal articles, books, and edited book chapters (APA Style, 7.ª ed.). Actualizada el 23 de marzo de 2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06-09-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/reference-guide.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F35** American Psychological Association. In-text citation checklist (APA Style, 7.ª ed.; remite a Publication manual of the American Psychological Association, 7.ª ed., 2020). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (03-09-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/in-text-citation-checklist.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F36** DOI Foundation. Key facts on Digital Object Identifier System (factsheet). Actualizado el 1 de diciembre de 2021. · <https://www.doi.org/the-identifier/resources/factsheets/key-facts-on-digital-object-identifier-system> · consultada 2026-09-25
- **F37** CASPe. Materiales: instrumentos para la lectura crítica (plantillas CASPe). Página actualizada en 2023. · <https://redcaspe.org/materiales/> · consultada 2026-09-25
- **F38** EQUATOR Network. Portada: «Reporting guidelines for main study types». Consultada en 2026. · <https://www.equator-network.org/> · consultada 2026-09-25
- **F39** Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Knowledge centre: DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), archivo 1994 - marzo de 2015. · <https://www.york.ac.uk/crd/knowledge-centre/> · consultada 2026-09-25
- **F40** Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Clinical Practice Guidelines Archive: la National Guideline Clearinghouse se retiró el 16 de julio de 2018. · <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/archive.html> · consultada 2026-09-25
- **F41** Alper BS, Haynes RB. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. Evid Based Med. 2016;21(4):123-5 (registro PubMed 27325531). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325531/> · consultada 2026-09-25
- **F42** BIREME/OPS/OMS. Boletín BIREME: The role of DeCS in democratizing access to health information. 29 de junio de 2017. · <https://boletin.bireme.org/en/2017/06/29/the-role-of-decs-in-democratizing-access-to-health-information/> · consultada 2026-09-25
- **F43** International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Actualizadas en enero de 2026. · <https://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F44** National Library of Medicine. Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles. Última revisión: 2 de junio de 2026. · https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html · consultada 2026-09-

- **F45** IEEE Publication Operations. IEEE Reference Guide. Versión 3.28.2025. · https://journals.ieeeauthorcenter.ieee.org/wp-content/uploads/sites/7/IEEE_Reference_Guide.pdf · consultada 2026-09-25
- **F46** Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S, et al. Chapter 4: Searching for and selecting studies (actualizado en marzo de 2025). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, versión 6.5.1. Cochrane, 2025. · <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-04> · consultada 2026-09-25
- **F47** Hospital Universitario de Móstoles (Servicio Madrileño de Salud), Biblioteca Ciencias de la Salud. Búsqueda de información: Pirámide 6S Evidencia (basada en DiCenso, Bayley y Haynes, 2009). Sin fecha. · <https://www.comunidad.madrid/hospital/mostoles/sites/mostoles/files/inline-files/NIVELES%20EVIDENCIA-%20B%C3%9ASQUEDA%20INFORMACI%C3%93N.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F48** American Psychological Association. APA Style common reference examples guide (7.ª ed.). 2025, actualizada el 3 de marzo de 2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21-09-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/reference-examples.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F49** International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). FAQs: ICMJE Membership. © 2026. · <https://www.icmje.org/about-icmje/faqs/icmje-membership/> · consultada 2026-09-25
- **F50** Digital Scholar. Zotero: Your personal research assistant (web oficial). Consultada en 2026. · <https://www.zotero.org/> · consultada 2026-09-25
- **F51** Clarivate. EndNote (web oficial del producto). Consultada en 2026. · <https://endnote.com/> · consultada 2026-09-25
- **F52** Clarivate. RefWorks (web oficial del producto). Consultada en 2026. · <https://clarivate.com/academia-government/scientific-and-academic-research/research-discovery-and-referencing/refworks/> · consultada 2026-09-25
- **F53** Elsevier. Mendeley (web oficial). Consultada en 2026. · <https://www.mendeley.com/> · consultada 2026-09-25
- **F54** CTAN (Comprehensive TeX Archive Network). Package BibTeX: Process bibliographies for LaTeX or other formats. Versión 0.99e; mantenedor: Oren Patashnik. · <https://ctan.org/pkg/bibtex> · consultada 2026-09-25
- **F55** Feedly. Feedly News Reader (web oficial). Consultada en 2026. · <https://feedly.com/news-reader> · consultada 2026-09-25
- **F56** Institute of Medicine (Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press; 2011. Capítulo 1, Introduction, pp. 16 y 25-26 (recoge la definición del IOM de 1990, Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, p. 8). doi:10.17226/13058. Texto leído en el lector en línea de la editorial (National Academies Press), que necesita JavaScript. · <https://nap.nationalacademies.org/read/13058/chapter/3> · consultada 2026-09-28
- **F57** SciELO (Scientific Electronic Library Online). Programa, Modelo de Publicación y Red SciELO, apartado 1.1 Introducción. Versión del 14 de agosto de 2023. · <https://www.scielo.org/es/sobre-el-scielo/programa-modelo-de-publicacion-y-red-scielo/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2010-071 (respuesta reconstruida): no se ha identificado la escala que sitúa el «estudio de riesgo agregado» por debajo de los casos y controles; en la tabla CEBM de 2009 los estudios ecológicos están en

el nivel 2c, por encima de los casos y controles (3b); por eso lleva recuadro de discrepancia. Buscar la escala usada en los manuales españoles de la época (por ejemplo, la de Jovell y Navarro-Rubio, 1995). Refuerzo del 28-09-2026: se buscó de nuevo la escala con «riesgo agregado» por encima de las series de casos (búsqueda web en español); solo aparecen artículos y apuntes que no la contienen. Sigue sin fuente.

- EIR2011-013 (dudosa, no intercalada): las «dimensiones» de la crítica de una investigación (sustantivas, metodológicas, éticas, interpretativas, de presentación y estilísticas) proceden de Polit y Hungler, que no está en acceso abierto. Verificar en el manual. Refuerzo del 28-09-2026: la búsqueda solo devuelve blogs, apuntes y copias de terceros del libro (no valen); no hay muestra de la editorial. Sigue sin fuente y sin intercalar (tampoco se intercala en M26-T02).
- EIR2017-234 (dudosa, reserva, no intercalada): la asociación del ensayo clínico con preguntas de «tratamiento, gestión y costes» no aparece literal en las fuentes abiertas consultadas (CEBM y OCEBM relacionan el ECA con el efecto de una intervención y con el cribado). Buscar la tabla de origen. Refuerzo del 28-09-2026: la pregunta ya está intercalada en M26-T01 con su recuadro de discrepancia; allí se buscó la tabla de origen sin éxito (la única copia es una web de apuntes). No se ha repetido la búsqueda; aquí sigue sin intercalar.
- Definición literal de la «sinopsis de síntesis» en el artículo original del 6S (DiCenso, Bayley y Haynes, 2009): el tramo abierto de la web de la editorial (leído en la Wayback Machine, N33) define síntesis, sinopsis, sumarios y sistemas del modelo 5S y explica que el 6S separa la sinopsis de un estudio de la de una revisión sistemática, y ya se cita ^{F11} en la tabla para sistemas, sumarios y síntesis; la definición literal del nuevo peldaño está en la parte de pago. Refuerzo del 28-09-2026: la versión paralela del artículo en ACP Journal Club (doi:10.7326/0003-4819-151-6-200909150-02002) devuelve a curl una comprobación contra robots (403, Cloudflare) y no se abre; PubMed (E-utilities) no tiene resumen de ninguno de los dos; la herramienta 6S del NCCMT (McMaster) enumera recursos por peldaño pero no define la sinopsis de síntesis. Sigue sin la definición literal. EIR2024-081 habla de resumir los resultados «de una búsqueda de información»: ninguna fuente válida usa esa redacción. La sección la responde con F47 (la sinopsis de síntesis resume los resultados de la síntesis) y F12; el apoyo sigue siendo débil. Se probó a añadir que la revisión sistemática parte de una búsqueda sistemática (Manual Cochrane, F46), pero el revisor advirtió que eso lo dice de las revisiones Cochrane y que empuja hacia «Síntesis» (opción no oficial), y se retiró.
- APA 7: el orden alfabético de la lista de referencias, el número máximo de autores (hasta 20) y la denominación «Harvard» del sistema autor-año no se han podido leer en la web oficial (apastyle.apa.org bloquea sus páginas al acceso automatizado; sí se leyeron sus guías en PDF). Se han retirado de la teoría. Tampoco se ha confirmado en fuente oficial que Mendeley sea una «red social académica». Refuerzo del 28-09-2026: apastyle.apa.org sigue devolviendo a curl el bloqueo Incapsula, también en sus PDF, y la Wayback Machine respondía «429 Too Many Requests» (o estaba fuera de servicio) al consultar sus copias existentes; la web oficial de Mendeley no la describe como red social. Sigue sin fuente.
- EIR2016-212 y EIR2017-193 (requisito del metaanálisis, respuesta oficial «resultados equivalentes»): ninguna fuente consultada usa «equivalentes». El Manual Cochrane vigente ^{F29} y su traducción oficial al español (Centro Cochrane Iberoamericano, versión 5.1.0, 2012; https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf) hablan de estudios «suficientemente similares» o «suficientemente homogéneos». Por eso el título del recuadro ya no dice «equivalentes» (refuerzo del 28-09-2026); la sección descarta «idénticos» y «dispare» con la fuente, y «equivalentes» queda como la opción que corresponde a «suficientemente similares».