



## SUMARIO

PÁGINA

### TEMA DEL DÍA

PATERNALISMO Y AUTONOMISMO EN LA RELACIÓN DE AYUDA:  
UNA REFLEXIÓN DESDE LA SALUD MENTAL

- JOSEP RAMOS MONTES ..... 1

### PENSAMIENTO ACTUAL

EL MODELO PREMODERNO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

- ROBERTO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ ..... 22

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:  
EL EJEMPLO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

- JOSÉ LUIS BALLVÉ MORENO ..... 50

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL ÁMBITO RURAL  
A TRAVÉS DE LA NARRATIVA

- JESÚS OCHOA PRIETO ..... 61

### EL FINAL DE LA VIDA

- ANDREA CATALINA DÍAZ GUEVARA

- ESPERANZA MARÍA MAYORCA SANABRIA..... 76

---

---

**Co-directores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Francesc Borrell (UB)

**Jefa de Redacción**

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

**Consejo científico**

Juan Carlos Hernández Clemente  
Juan Medrano Albéniz  
Vicente Morales Hidalgo

**Correspondencia**

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-  
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-<br/>lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

**Información editorial**

*Folia Humanística* publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento “derechos de autor” que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

**Distribución**

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

---

***Folia Humanística*** es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en “Tema del día”, (artículos para el debate), “Pensamiento actual”, (artículos críticos de novedades editoriales), y “Arte, Salud y Sociedad”, la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

***Folia Humanística*** is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: “main focus” (article for debate), “Contemporary thought” (critical reviews of new Publications) and “Arts, Health and Society” which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

## MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: EL EJEMPLO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

*José Luis Ballvé Moreno*

**Resumen:** La medicina basada en la evidencia es el paradigma por el que se guían los médicos para actualizar su práctica diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, el paso de la evidencia a la práctica clínica puede retrasarse mucho, o no llegar a producirse, por diversas razones.

En el presente artículo se analizan dichas razones a propósito del caso del vértigo Posicional Paroxístico Benigno. En el que coinciden diversas circunstancias por las que no se aplican las guías de práctica clínica de forma generalizada, con gran perjuicio para los pacientes. Pues, como se muestra, los cambios en la práctica clínica dependen: no sólo de la evidencia, sino de cálculos como la eficiencia y efectividad del cambio propuesto. Así como de la satisfacción del paciente y de otros factores como la experiencia previa con el cambio, de la formación, la inercia cultural y la actitud de los líderes clínicos. Y, sin olvidar finalmente, de las presiones a favor o en contra de la industria farmacéutica.

**Palabras clave:** *Medicina basada en la evidencia/ vértigo/ maniobra de Dix Hallpike/ Maniobra de Epley.*

**Abstract:** *EVIDENCE-BASED MEDICINE: THE EXAMPLE OF BENIGN PAROXYSTIC POSITIONAL VERTIGO*

Evidence-based medicine is the paradigm by which doctors are guided to update their diagnostic and therapeutic practice. However, the transition from evidence to clinical practice may be delayed a long time or may not occur for various reasons.

These reasons are analyzed in relation to the case of Benign Paroxysmal Positional Vertigo in which circumstances coincide that do not apply the clinical practice guidelines in a generalized way, with great harm to patients. Changes in clinical practice depend not only on the evidence but also on calculations such as the efficiency and effectiveness of the proposed change, patient satisfaction, and other factors such as previous experience with the change, training, cultural inertia and attitude of clinical leaders and finally pressures for or against the pharmaceutical industry.

**Keywords:** *Evidence-Based Medicine; vertigo; Dix Hallpike maneuver; Epley maneuver.*

**Artículo recibido:** 8 octubre 2020; **aceptado:** 15 diciembre 2020.

*“El objetivo principal de la ciencia no consiste en abrir una puerta a la sabiduría infinita, sino poner límites al error infinito”.*

Bertolt Brecht, Galileo

Si preguntamos a los médicos sobre el fundamento de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que utilizan a diario, la mayor parte dirán que se guían por los principios de la Medicina Basada en la Evidencia, según la cual el profesional sanitario debe hacer sus recomendaciones según la mejor evidencia disponible y su conocimiento del oficio.

David Sackett, Gordon H. Guyatt y Archibald Cochrane, aplicando los principios de la epidemiología clínica y bioestadística, encontraron nuevas ideas sobre el modo de practicar, enseñar y aprender la Medicina. Así llegaron a conformar un movimiento cultural internacional conocido como Medicina Basada en la Evidencia (MBE)<sup>1</sup>, el cual fue favorecido por una revolución y explosión de la información que provocó:

- Dificultades en el manejo del gran volumen de información científica para seleccionar la más pertinente.
- Problemas para la actualización por parte de los médicos.

El deseo de estandarizar la atención propia de la MBE, también ha sido discutido. Entre otros motivos porque puede identificar las mejores prácticas para un «paciente medio» en condiciones medias, mientras que sin embargo el juicio clínico se centra en un individuo; para quien se busca decidir cuál es el mejor tratamiento específico para ese paciente en concreto en la fase precisa en la que se encuentra. En cualquier caso, entre la clase médica se ha aceptado de forma prácticamente generalizada la MBE como la forma más científica de entender la medicina con objeto de reducir al máximo la subjetividad y finalmente el error.

Algunos profesionales muy entusiastas de la MBE se han agrupado en organizaciones como *NOSINEVIDENCIA* que surgieron para tratar de frenar el auge creciente entre la población general y, curiosamente, en las esferas más cultas y con mejor nivel socioeconómico de la sociedad, de algunas prácticas médicas llamadas alternativas<sup>2</sup>.

No obstante, incluso aceptando que la MBE sea el estándar mejor posicionado para actualizar la praxis médica, veremos que incorporar nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas en medicina, a veces, está sujeto a mucha variabilidad en la práctica.

## **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: EL EJEMPLO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO**

El vértigo es un motivo de consulta frecuente en urgencias de los hospitales y sobre todo en las consultas de atención primaria. Las personas que tienen vértigo lo definen a menudo como mareo. Hasta un 5% de las consultas ambulatorias son debidas a mareo como síntoma principal<sup>3</sup>.

La enfermedad que más a menudo origina vértigo es el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno Del Canal Posterior (VPPB). Los pacientes con esta enfermedad se despiertan por la mañana con una sensación, que a menudo viven con gran angustia, de que las cosas dan vueltas a su alrededor cada vez que mueven la cabeza, al darse la vuelta en la cama o al intentar incorporarse o estirarse de nuevo. Aunque entre el 50 y el 70% de los casos de VPPB se curan incluso sin tratamiento en un plazo inferior a un mes, algunos pacientes siguen teniendo episodios de vértigo durante meses o años<sup>4</sup>.

La enfermedad se diagnostica mediante una sencilla maniobra que puede hacerse sin aparatos en la consulta del médico. Aunque pueda sorprender en la actualidad, no son necesarias ni radiografías, ni scanners o resonancias, ni análisis de sangre, ni otras exploraciones para tener un diagnóstico fiable. La maniobra se denomina maniobra de Dix Hallpike y se encuentra explicada en el siguiente video (1).  
Maniobra de Dix Hallpike <https://www.youtube.com/watch?v=tJEFi5RFZEM>

Figura 1: Maniobra de Dix Hallpike (video 1)

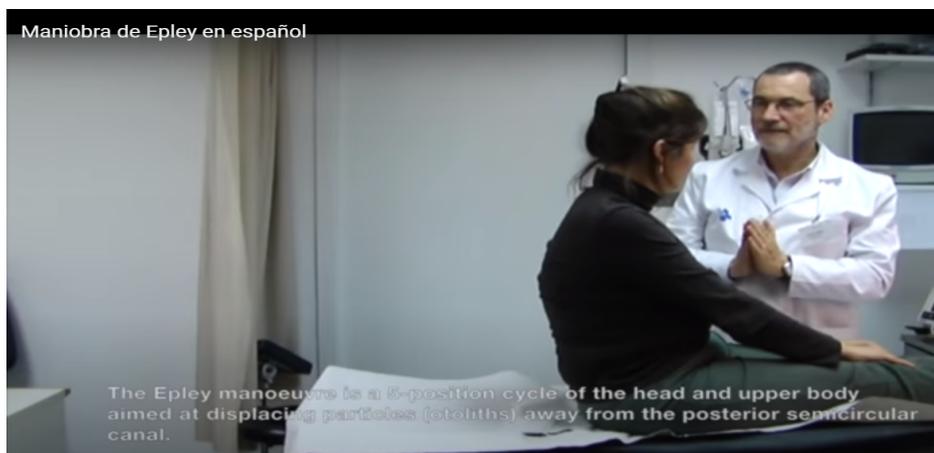


Sólo se necesitan dos minutos en la consulta del médico. La maniobra resulta positiva cuando consigue desencadenar

los síntomas de vértigo del paciente.

El tratamiento de la enfermedad no es con ninguna medicación, sino que se utiliza otra maniobra (también muy sencilla) realizable en dos minutos más en la consulta. El objetivo es intentar recolocar los cristales de calcio que se hallan en los canales semicirculares (en el oído interno) y que son la causa de la enfermedad<sup>5</sup>.

Figura 2: La maniobra de Epley se puede visualizar en el video (2).



Maniobra de Epley <https://www.youtube.com/watch?v=yAFx4-TFcGE>

A pesar de que la maniobra de Epley se conoce desde 1992<sup>6</sup>, es muy sencilla de hacer y su efectividad es muy alta (alcanzando prácticamente el 100% de casos,

con una evidencia respaldada por ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas)<sup>7</sup>, lo cierto es que en ningún país del mundo se hace de forma rutinaria. Tampoco la maniobra de Dix Hallpike que aún es más sencilla de hacer y que está publicada desde los años 50<sup>8</sup>. En su lugar muchos pacientes reciben exploraciones agresivas en urgencias como TACs (que irradian) o Resonancias que son muy costosas. Al no hacer el diagnóstico correcto, la mayor parte de pacientes son tratados con medicamentos que alivian la sintomatología (pero dificultan la compensación natural de la enfermedad) y que, en realidad, están contraindicados<sup>9</sup>. Nuestro grupo ha hecho una recomendación para el proyecto *Essencial*<sup>10</sup> de la Generalitat, que va dirigido a médicos de todas las especialidades para que no se utilicen medicamentos en esta enfermedad.

Proyectos como el *Essencial* proliferan por parte de asociaciones científicas como la SEMFYC (proyecto NOHACER) con la intención de promover entre los profesionales el abandono de prácticas no basadas en la evidencia y en cambio realizar aquellas que sí han sido respaldadas por estudios de calidad<sup>11</sup>.

Las consecuencias de esta mala praxis diagnóstica y terapéutica no son banales. No sólo por los efectos adversos de los medicamentos o por el aumento de los costes (cifrado en unos 2000 dólares por caso), sino por el deterioro de la calidad de vida de los pacientes, aumento de ansiedad o depresión e incluso caídas, que pueden ser graves en personas mayores (donde la enfermedad es más frecuente)<sup>12,13,14</sup>.

Llamemos “tiempo de transferencia de conocimientos a la práctica” al tiempo que se demora la aplicación de un conocimiento a la praxis médica. ¿Porque los médicos incorporan nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, a veces, en cuestión de meses y, otras veces, se demora años e incluso décadas?

Borrell et al.<sup>15</sup> analizaron lo que ocurre en las consultas médicas y explica, en parte, las decisiones que finalmente toman los profesionales. Estos autores describían

una serie de cálculos más o menos conscientes que los profesionales realizan cuando se encuentran delante del paciente:

### **CÁLCULO DE LA EFICIENCIA DE LA DECISIÓN (ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO)**

Aplicado al ejemplo del vértigo, sería algo como por ejemplo ¿Qué coste en tiempo y explicaciones tendrá para mí hacer la maniobra de Dix Hallpike y luego la de Epley como dicen las guías? Además tendré que convencer al paciente de que le tengo que provocar el vértigo por el que me consulta y que va a ser desagradable, aunque más efectivo que recetar una medicación. Enfrente de este coste en tiempo, y esfuerzo personal, está la posibilidad de recetar una pastilla (que finalizará la visita en pocos segundos) aunque no sea tan eficaz ni ajustado a las actuales recomendaciones, pero como el paciente muchas veces se acaba curando igualmente, pues no habrá ningún problema.

### **Cálculo de la efectividad de la decisión (¿le irá realmente bien?)**

Por otro lado, la evidencia señala que el paciente medio de los ensayos responde a estas maniobras, pero ¿funcionará en mi paciente concreto? o después de haber invertido tiempo y esfuerzo, además de provocar molestias al paciente, la maniobra no será efectiva en este caso concreto.

### **Cálculo de la satisfacción del paciente (¿qué espera el paciente que le haga?)**

Finalmente está la complacencia. Sabemos que el paciente espera una pastilla que le cure. Es lo más cómodo y lo que por inercia cultural esperamos del médico, una receta al acabar la consulta. Puede que si hacemos la maniobra de Epley el paciente se vaya con la sensación de que no le hemos dado nada para resolver su problema y, encima, le hemos hecho pasar un mal rato. Además a veces persisten mitos, tendidos en el pasado por los mismos médicos que han calado en el acervo cultural de los pacientes, por ejemplo “esto viene de las cervicales o de la circulación” y desmontarlos también tiene un coste y puede generar desconfianza.

Por tanto el médico se pregunta:

¿Priorizo el canon científico? Haciendo las maniobras descritas, aunque me cueste al principio.

¿Priorizo mi intuición basada en mi experiencia previa? “Siempre he recetado una pastilla y tampoco ha pasado nada grave. Y, además, la mayor parte de mis compañeros es lo que harían”.

¿Priorizo la satisfacción del paciente y lo que espera de mí? Y, por tanto, “hago una receta que además no tiene efectos adversos”.

Una de las soluciones propuestas, para favorecer el paso de la evidencia a la práctica cotidiana, es la elaboración por parte de expertos de guías de práctica clínica basadas en la evidencia publicada. Estas guías revisan todo lo publicado, priorizan la evidencia según las pirámides de la MBE y escriben pautas concretas de actuación con recomendaciones muy precisas y adaptadas a la práctica diaria. Esto permitiría estandarizar la práctica y, a la vez, evaluarla por parte de las organizaciones.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, las guías publicadas desde hace años y actualizadas en 2017, no parecen haber sido suficiente para cambiar la práctica clínica en la mayor parte de dispositivos de atención primaria o emergencias médicas (que son quienes ven más a menudo a estos pacientes)<sup>9</sup>.

¿Qué impide a los médicos aplicar la evidencia (las maniobras anteriormente descritas) en los pacientes con VPPB en su consulta diaria? En un estudio cualitativo desarrollado con el fin de analizar las barreras existentes al poner en práctica dichas maniobras, resultó que de las 50 entrevistas realizadas a los médicos de urgencias, lo que les disuadía a no hacerlas era: experiencias negativas previas, o no recordar bien cómo realizarlas y, además, falta de confianza en el diagnóstico, por no saber interpretar bien el test de Dix Hallpike.

Al contrario, el principal facilitador de su puesta en práctica fueron: las experiencias positivas anteriores, incluso si eran poco frecuentes.

Cuando se les preguntó qué apoyos clínicos facilitarían el uso más frecuente de las maniobras. Los participantes dijeron que: los soportes debían ser breves, fácilmente accesibles y fáciles de utilizar, incluyendo en ellos ejemplos de vídeos<sup>16</sup>.

¿Será suficiente la formación con talleres prácticos y videos breves para mejorar la atención diagnóstica y terapéutica de estos pacientes?

Se ha publicado en 2018: un protocolo de un ensayo clínico aleatorizado por *clusters* en Alemania que pretende analizar los beneficios de una formación de medio día de duración a médicos de atención primaria<sup>17</sup>. Y otro protocolo de estudio similar se ha publicado para extender estas prácticas al ámbito de las urgencias hospitalarias en EEUU<sup>18</sup>.

Nuestro grupo de estudio del vértigo en atención primaria ha recibido recientemente financiación del Instituto Carlos III para realizar un ensayo clínico que pretende estudiar dos grupos de equipos de atención primaria (EAP): los que han recibido una formación online, con refuerzo presencial mediante un taller, comparándolos con EAP que no han recibido esta formación; el objetivo es ver si mejoran la adherencia a las guías de practica clínica.

Pero como ya demostraron Gabbay y le May, los médicos rara vez acceden directamente a fuentes formales de conocimiento (por ejemplo, hallazgos de investigación y pautas clínicas). En cambio, tienden a acceder (y construir) conocimiento indirectamente, a través de interacciones con colegas y líderes clínicos, y a través de sus experiencias y las de los demás<sup>19</sup>.

En resumen, los médicos pueden no cambiar su práctica clínica a pesar de recibir una correcta formación por motivos como:

**\*Desconfianza hacia las novedades en general**, o hacia la que nos ocupa en concreto. Entender como buena la medicación al uso (a pesar de que, como hemos, argumentado, aporta poco e incluso puede tener efectos iatrogénicos).

**\*Mala experiencia con las maniobras.** Sin duda una capacitación *ad hoc* posibilitaría que se usaran de manera más pertinente y válida.

**\*Inercia cultural.** Todo grupo humano difunde hábitos que a veces se formalizan como protocolos, también en los médicos (que constituyen una comunidad). Algunos cambios en estos hábitos van en la dirección de simplificar el esfuerzo subjetivo, o son neutros (cambiar una pastilla por otra sería neutro, ahorrarnos una radiografía de tórax en la rutina preoperatoria y nos simplifica tareas). En el caso que analizamos, estas maniobras complican la resolución (comparándola con la prescripción de un fármaco) y requieren más tiempo de consulta, aunque el beneficio para el paciente sea claro.

**\*Desconfianza del paciente.** Un paciente con vértigo lo último que desea es que se le mueva la cabeza, y en eso consiste la maniobra de Epley. Por consiguiente, el médico tiene que invertir esfuerzos en una fase previa para convencerle de su necesidad.

**\*Falta de interés por parte de los líderes clínicos y de la industria farmacéutica.** Los líderes clínicos califican la entidad de banal y, por consiguiente, no se comprometen en un cambio de paradigma. Por otro lado, la industria farmacéutica ve peligrar unos fármacos que se recetan a miles.

Como apuntaba Maquiavelo, ante cualquier cambio: por su lado, las personas que algo pierden, se oponen a dicho cambio de manera activa; mientras que, por otro lado, las personas que algo pueden ganar con dicho cambio, se movilizan, pues visualizan ganancia.

¿Quién gana con las maniobras de Epley y Dix-Hallpike? Sobre todo el paciente, pero no puede imaginarse que empeorando su vértigo (pues eso hacen momentáneamente las maniobras), puede llegar a curarse casi de manera inmediata.

## VIDEOS

1.- Maniobra de Dix Hallpike <https://www.youtube.com/watch?v=tJEFi5RFZEM>

2.- Maniobra de Epley <https://www.youtube.com/watch?v=yAFx4-TFcGE>

## NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Cook, D. J., & Evidence-Based Medicine Working Group. (1997). La Medicina Basada en la Evidencia. Guías de usuario de la literatura médica. The Journal of the American Medical Association. Edición Española.
2. Manifiesto #NoSinEvidencia. Disponible en internet (última consulta el 5 de mayo de 2020). <https://nosinevidencia.wordpress.com/>.
3. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and Treatment of Vertigo and Dizziness. Dtsch Arztebl Int 2008; 105(10): 173–80. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0173.
4. KIM, Ji-Soo; ZEE, David S. Benign paroxysmal positional vertigo. New England Journal of Medicine, 2014, 370.12: 1138-1147.
5. POST, Robert E.; DICKERSON, Lori M. Dizziness: a diagnostic approach. American family physician, 2010, 82.4: 361-368.
6. EPLEY, John M. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 1992, 107.3: 399-404.
7. Hilton MP, Cochrane Database Syst Rev. 2014;CD003162
8. Dix, M. R., and C. S. Hallpike. "The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system." (1952): 341-354.
9. Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., et al. Seidman, M. D. (2017). Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 156(3\_suppl), S1-S47.
10. Esencial. Afegint valor a la pràctica mèdica. Medicaments sedants vestibulars per al vertigen posicional paroxístico benigne. Disponible en internet: [http://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/sedants\\_vertigen](http://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/sedants_vertigen)
11. Iparraguirre, Tranche, and Marzo Castillejo. "Not to do." Atención Primaria 47.4 (2015): 191-192. esencial\_abril2016 (última consulta 5 de mayo de 2020).
12. Li JC, Li CJ, Epley J, Weinberg L. Cost-effective management of benign positional vertigo using canalith repositioning. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:334-339.
13. Pérez P, Manrique C, Alvarez MJ, Aldama P, Alvarez JC, Fernández ML, et al. Valoración del conocimiento del vértigo posicional paroxístico benigno en la atención primaria y especializada de primer nivel. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59:277-282.
14. Wang H, Yu D, Song N, Su K, Yin S. Delayed diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo associated with current practice. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014; 27:261-264.

15. Borrell-Carrió F, Estany A, Platt FW, MoralesHidalgo V. Doctors as a knowledge and intelligence building group: pragmatic principles underlying decision-making processes. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Apr;69(4):303-5.
16. Kerber KA, Forman J, Damschroder L, et al. Barriers and facilitators to ED physician use of the test and treatment for BPPV. *Neurol Clin Pract*. 2017 Jun;7(3):214-224.
17. Kovacs E, Stephan AJ, Phillips A, Schelling J, Strobl R, Grill E. Pilot cluster randomized controlled trial of a complex intervention to improve management of vertigo in primary care (PRIMA-Vertigo): study protocol. *Curr Med Res Opin*. 2018 Oct;34(10):1819-1828.
18. Meurer WJ, Beck KE, Rowell B, Brown D, Tsodikov A, Fagerlin A, Telian SA, Damschroder L, An LC, Morgenstern LB, Ujhely M, Loudermilk L, Vijan S, Kerber KA. Implementation of evidence-based practice for benign paroxysmal positional vertigo: DIZZINCT- A study protocol for an exploratory stepped-wedge randomized trial. *Trials*. 2018 Dec 22;19(1):697.
19. Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed 'mindlines'? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004; 329(7473): 1013

**José Luis Ballvé Moreno**

MD. Medical School Barcelona University Professor.  
Family Medicine

[ballvejl@gmail.com](mailto:ballvejl@gmail.com)

**Cómo citar este artículo:**

Ballvé Moreno, J.L., "Medicina basada en la Evidencia: el ejemplo del vértigo posicional paroxístico benigno", *Folia Humanística*, 2021; 4(2): 50-60.

Doi: <http://doi.org/10.30860/0074>

© 2021 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.