

**Taller****PEDIATRÍA BASADA EN EVIDENCIAS**

Conceptos básicos de MBE  
aplicados a la Pediatría  
de Atención Primaria

**Moderador:**

César García Vera

*Pediatra, Centro de Salud de Monzón, Huesca*

**Ponente/monitor:**

- José Cristóbal Buñuel Álvarez  
*Pediatra, ABS4, Girona*

Textos disponibles en

[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

García Vera C. Introducción a la Pediatría basada en evidencias. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 179-181.

# Introducción a la Pediatría basada en evidencias

**César García Vera**

*Pediatra, Centro de Salud de Monzón, Huesca*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Pediatría*  
*Basada en la Evidencia de AEPap*  
[cgarciav@wanadoo.es](mailto:cgarciav@wanadoo.es)

El más significado promotor de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el profesor canadiense David Sackett, la define como "la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente". Se trataría, por tanto, de la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica se corre el riesgo de acabar utilizando evidencias ajenas o externas y, consecuentemente, inaplicables. Sin la mejor evidencia la experiencia clínica quedará rápidamente obsoleta.

Se puede sintetizar la aportación a la medicina de hoy de la MBE afirmando que resta importancia a la intuición, a la experiencia clínica no sistemática, y a la base fisiopatológica como motivos suficientes para la toma de decisiones clínicas, y resalta la importancia del examen de las evidencias procedentes de la investigación clínica.

Comienza a irrumpir con fuerza en la década de 1990 y supone un cambio de paradigma. El paradigma anterior enfrentaba a los clínicos con una serie de opciones para resolver los problemas que ante el paciente, se les planteaban. Así, podían reflexionar sobre su propia experiencia clínica, reflexionar sobre la biología subyacente, consultar un libro de texto o preguntar a un experto local. Además, leer las secciones de introducción y discusión de un artículo se podría considerar una forma adecuada

de obtener información relevante a partir de una revista actual. En el nuevo paradigma que se postula, en la resolución de los problemas clínicos y provisión de una asistencia óptima al paciente, los clínicos deben consultar regularmente la literatura original, además de aceptar vivir con la incertidumbre, y reconocer que las decisiones terapéuticas se toman a menudo frente a la ignorancia relativa de su impacto real. Se confiere un valor mucho menor a la autoridad. Detrás de esto, está la creencia de que los médicos pueden adquirir las habilidades para realizar evaluaciones independientes de las evidencias y, por tanto, evaluar la credibilidad de las opiniones ofrecidas por los expertos. En ningún caso se rechaza lo que se pueda aprender de los colegas y de los maestros, cuyos años de experiencia les han proporcionado una visión profunda de los métodos de realizar una historia, un examen físico y de las estrategias diagnósticas.

La MBE implica sin duda un cambio cultural de cierta envergadura, ya que pretende algo muy loable en esencia: aportar más ciencia al arte de la medicina. Su origen va ligado a los profundos cambios que ha supuesto la introducción de nuevos métodos epidemiológicos y estadísticos en la investigación clínica, principalmente del ensayo clínico aleatorio, y más recientemente del meta-análisis y la revisión sistemática de la bibliografía.

Diversos estudios han demostrado que el grado de competencia clínica de los profesionales presenta un progresivo descenso una vez finalizada la formación académica. Ello no es extraño, si se tiene en cuenta que continuamente están surgiendo nuevos conocimientos, pruebas y tratamientos, que en muchos casos se introducen de forma empírica, en ausencia de una demostración rigurosa de sus beneficios, y que se aceptan sin ninguna crítica aparente. Se ha calculado, por ejemplo, que el 85% de los fármacos que prescribe un médico con 30 años de ejercicio corresponden a medicamentos de los que no recibió información durante su licenciatura. El método propuesto por la MBE permitiría una constante actualización de datos ante el paciente.

Muy comentados en la literatura han sido los ejemplos del tratamiento con trombolíticos y lidocaína en el

infarto de miocardio<sup>2</sup>. Desde que se publicó algún ensayo clínico favorable a la utilización de trombolíticos en el postinfarto inmediato, y hasta que los expertos deciden proponer su uso (a raíz de la publicación de un meta-análisis acumulado), transcurrieron más de 10 años en los que seguramente se pudieron salvar cientos de vidas. Hoy en día la medicación trombolítica forma parte del arsenal de las unidades móviles medicalizadas para instaurar un tratamiento lo más precoz posible. Un ejemplo contrario fue el de la utilización de lidocaína de forma profiláctica como antiarrítmico en pacientes recién infartados. A pesar de no existir fundamento experimental se estableció su utilización por consejo de expertos. Unos años después se evidenció que fallecían más los pacientes tratados con lidocaína en comparación con los tratados con placebo. En ambos ejemplos, herramientas como las propuestas por la MBE, hubieran afinado y acelerado la toma de decisiones terapéuticas adecuadas.

Sackett, además de definirla, quiso también dejar bien claro qué no es la MBE<sup>3</sup>:

1. No es algo estrambótico y, por tanto, difícil de practicar.
2. No es "un libro de recetas" de medicina. Requiere integrar las mejores evidencias externas, con la experiencia clínica individual y las preferencias del paciente, pero dejando claro que las evidencias clínicas externas pueden conformar, pero nunca sustituir a la experiencia clínica, ya que será desde esta desde la que se dilucida si las evidencias externas se pueden aplicar por completo a nuestro paciente en individual.
3. No es una herramienta para gestores y compradores que justifique recortes de gastos en asistencia sanitaria. Los médicos que practican la MBE identificarán y aplicarán las intervenciones más eficaces para maximizar la cantidad y calidad de vida de sus pacientes individuales; esto puede más bien subir que bajar el coste de su asistencia.

4. La MBE no se limita a los ensayos aleatorizados y a los meta-análisis. Consiste en localizar las mejores evidencias externas (a partir de revisiones sistemáticas cuando existan, y si no, a partir de estudios primarios) con las que responder a nuestras preguntas clínicas. Si no ha sido llevado a cabo ningún ensayo sobre los problemas de nuestro paciente, seguiremos la pista hasta encontrar las siguientes mejores evidencias externas, y a partir de ahí, nos ponemos a trabajar.

Finalizar recordando que frente a quienes acusan a la MBE de ser excesivamente racional y deshumanizada, hay que dejar muy claro que el proceso que nos pro-

pone nace ante una incertidumbre que se nos presenta delante de un paciente y termina intentando darle la respuesta más adecuada; es decir, empieza en nuestro paciente y termina en él.

Es un privilegio para el Comité organizador de este Curso el poder contar con Cristóbal Buñuel para el desarrollo de este taller. En una de sus publicaciones sobre el tema resumía el valor de la MBE, afirmando que “la MBE no es un lenguaje extraño ni está reservada a un pequeño grupo de personas en posesión de unos conocimientos metodológicos inaccesibles a la mayoría; al contrario, es un método de trabajo diseñado para ser aplicado en la consulta diaria y su aprendizaje está al alcance de cualquier médico”<sup>4</sup>.

### Bibliografía

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312:71-72.
2. Antman E, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers T. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatment for myocardial infarction. *JAMA* 1992;2:240.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Introducción. En: *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid, 1997. Churchill Livingstone Ed.
4. Buñuel JC. Medicina basada en la evidencia. Una nueva manera de ejercer la pediatría. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 440-452.

