



EDITORIAL

Integrar la mejor evidencia disponible: una hoja de ruta metodológica para el pediatra clínico



Integrating the best available evidence: a methodological roadmap for the practicing pediatrician

Paz González-Rodríguez^{a,b,*}, María Aparicio-Rodrigo^{b,c,d}
y Josep Vicent Balaguer-Martínez^e

^a Centro de Salud Barrio del Pilar, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^b Comité de Pediatría basada en la Evidencia

^c Centro de Salud Entrevías, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^d Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^e CAP Sant Ildefons, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

Disponible en Internet el 22 de enero de 2026

En un momento en que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se ha convertido en un mantra inevitable, pero no siempre bien comprendido, la serie de seis artículos que se han publicado en formato de suplemento monográfico propone algo mucho más ambicioso que un simple recordatorio teórico: ofrece un tronco común de competencias para practicar de verdad la MBE en pediatría. Desde los cinco pasos clásicos (pregunta, búsqueda, lectura crítica, aplicabilidad y evaluación) hasta la elección del diseño metodológico, el manejo de medidas de frecuencia e impacto, la lectura crítica de estudios observacionales y ensayos clínicos, y, finalmente, la elaboración de documentos de consenso cuando la evidencia es insuficiente, el lector encuentra un itinerario completo que va de la duda clínica individual al posicionamiento colectivo y estructurado.

El punto de partida es recordar que la MBE no es un fin en sí mismo, sino un método para tomar mejores decisiones en escenarios de incertidumbre creciente. El artículo

«Medicina basada en la evidencia: 5 pasos para navegar en la incertidumbre»¹ sitúa el marco conceptual de toda la serie y lo aterriza en la práctica pediátrica diaria. La propuesta es conocida, pero no por ello menos vigente: formular preguntas clínicas estructuradas, buscar de manera eficiente, leer críticamente, valorar la aplicabilidad de los resultados e integrar la evidencia con la experiencia clínica y las preferencias de pacientes y familias. Lo novedoso es el énfasis en la gestión de la infoxicación y en la necesidad de cerrar el círculo con la implementación; sin este último paso, advierten los autores, la MBE corre el riesgo de transformarse en un marco teórico elegante, pero clínicamente irrelevante.

Sobre esta base se despliega el segundo artículo, dedicado a los «Principales diseños metodológicos» en investigación pediátrica². Lejos de presentar un catálogo exhaustivo, el texto funciona como un mapa que permite al clínico situar cada tipo de estudio en relación con la pregunta a la que intenta responder. Distingue entre estudios observacionales y experimentales, entre descriptivos (series de casos, estudios transversales) y analíticos (cohortes, casos y controles), y reserva a los ensayos clínicos aleatorizados el papel de patrón de referencia para establecer causalidad cuando es factible y ético. El mensaje

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marap04@ucm.es (P. González-Rodríguez).

de fondo es claro: no existe el «mejor» diseño de forma absoluta; existe el diseño más adecuado para la pregunta, los recursos y las limitaciones del entorno asistencial. Saber reconocerlo es una competencia clínica, no solo académica.

El tercer artículo, centrado en las «Medidas de frecuencia, riesgo e impacto»³, aporta el lenguaje cuantitativo necesario para que la MBE deje de ser un discurso retórico y se convierta en una herramienta operativa. Prevalencia, incidencia (acumulada y densidad de incidencia), razones de prevalencias, riesgo relativo, odds ratio, fracción atribuible, reducción absoluta y relativa del riesgo o número necesario a tratar se presentan no como fórmulas que haya que memorizar, sino como instrumentos para estimar la magnitud real de los problemas y de las intervenciones. El texto insiste, con acierto, en diferenciar significación estadística de relevancia clínica: un resultado puede ser «significativo» en términos de p-valor y, sin embargo, traducirse en un impacto marginal en la práctica. Para un pediatra que debe priorizar recursos, esta distinción es más que un matiz técnico.

El núcleo operativo de la MBE, tal y como subraya la serie, reside en la lectura crítica. El primer artículo dedicado a este tema, «Lectura crítica (I): fundamentos, herramientas y su aplicación en artículos científicos sobre pronóstico y efectos perjudiciales»⁴, sistematiza el proceso en torno a un acrónimo tan sencillo como potente: VARA (VALidez científica, Relevancia clínica y Aplicabilidad). A partir de ahí, propone tres etapas encadenadas: juzgar si los estudios son válidos (con rigor interno y externo), determinar si sus resultados son importantes (en sus dimensiones cuantitativa, cualitativa y comparativa, incluyendo el balance beneficios/riesgos/costes) y valorar si son aplicables a los pacientes concretos de la consulta. El foco se sitúa aquí en los estudios observacionales sobre factores pronósticos y efectos perjudiciales, recordando sus fortalezas (cercanía a la práctica real, capacidad para estudiar exposiciones no aleatorizables) y sus limitaciones, especialmente el riesgo de sesgos de selección y de confusión.

El quinto trabajo de la serie, «Lectura crítica (II): aplicación en artículos científicos sobre intervenciones terapéuticas, revisiones sistemáticas y metaanálisis»⁵, traslada la misma lógica al análisis de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. El ensayo clínico aleatorizado se describe como el patrón oro para evaluar intervenciones terapéuticas, pero siempre que cumpla condiciones estrictas: pregunta bien definida, aleatorización adecuada, enmascaramiento razonable, seguimiento suficiente, análisis por intención de tratar y tratamiento homogéneo de los grupos salvo por la intervención. Al abordar las revisiones sistemáticas y metaanálisis, el mensaje es igualmente matizado: se trata de una de las mejores fuentes de evidencia, pero solo cuando la pregunta es clara, la búsqueda es exhaustiva y reproducible, los criterios de selección son explícitos y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se ha valorado de forma rigurosa. En la era de las «síntesis rápidas» y de los metaanálisis automatizados, esta llamada a la prudencia resulta especialmente pertinente.

Cierra la serie un artículo sobre «Cómo elaborar y evaluar documentos de consenso»⁶, que introduce un matiz funda-

mental en el discurso de la MBE: la evidencia disponible no siempre es suficiente, homogénea ni de la máxima calidad. En estos escenarios, los documentos de consenso se convierten en una herramienta razonable para orientar la práctica y reducir la variabilidad, siempre que se elaboren con metodologías formales y transparentes. El texto repasa los principales métodos de consenso (Delphi, grupo nominal, RAND/UCLA, conferencias de consenso y otros procedimientos estructurados), detalla sus pasos y advierte sobre los riesgos de los procesos informales, en los que la opinión de los expertos más influyentes puede imponerse sin un contraste sistemático. La referencia a estándares como la guía ACCORD y a listas de comprobación específicas ayuda al lector no solo a producir, sino también a evaluar críticamente estos documentos, cada vez más frecuentes en áreas donde la evidencia es limitada o de muy baja certeza. ANALES DE PEDIATRÍA aspira a que todos los consensos de diferentes grupos o sociedades científicas que se envíen para publicación cumplan estos estándares de calidad científica.

Si se leen en conjunto, los seis artículos conforman algo más que una serie temática: dibujan una auténtica «competencia transversal» en MBE para el pediatra clínico, el residente en formación y el investigador que desea alinear su trabajo con las necesidades reales de la práctica. El tronco común es reconocible: formular buenas preguntas, elegir el diseño adecuado, manejar con soltura las medidas epidemiológicas, leer críticamente la literatura y, cuando la evidencia no basta, recurrir a procedimientos de consenso que sean tan explícitos y reproducibles como sea posible. Se trata, en última instancia, de pasar de una práctica guiada por la inercia, la autoridad o la costumbre a una práctica deliberada, en la que cada decisión pueda justificarse ante pacientes, colegas y gestores.

En un contexto de presión asistencial, exigencia de eficiencia y escrutinio público creciente, la MBE deja de ser un «extra» académico para convertirse en un requisito ético y profesional. La serie que presenta el suplemento monográfico de la revista no pretende convertir a todos los clínicos en epidemiólogos, pero sí ofrecerles una caja de herramientas robusta para navegar la incertidumbre con más método y menos improvisación. Incorporar estos contenidos a la formación continuada, a las sesiones bibliográficas y a los procesos de elaboración de guías y consensos internos puede suponer, a medio plazo, una mejora tangible en la calidad de la atención pediátrica. La incertidumbre seguirá formando parte constitutiva de la medicina; la diferencia estará en cómo decidimos afrontarla.

La elaboración de este suplemento ha sido posible gracias a la apuesta de ANALES DE PEDIATRÍA por estos contenidos y a la confianza depositada en el Comité/Grupo de Medicina Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que permite que este conocimiento especializado se comparta y difunda entre los pediatras de forma accesible y rigurosa. Esperamos que disfrutéis y aprendáis con él.

Bibliografía

1. Martín-Masot R, Ochoa Sangrador C, Cuervo Valdés JJ, Blanco Rodríguez C, González Rodríguez P, Gonzalez de Dios J, et al. Medicina basada en la evidencia: 5 pasos para navegar en la incertidumbre. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503930.
2. Pérez-Moneo B, Esparza Olcina MJ, Flores Villar S, Blanco Rodríguez C, Martínez Rubio MV, Molina Arias M, et al. Metodología para la investigación y publicación científica en pediatría. Principales diseños metodológicos. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503933.
3. Ochoa Sangrador C, Ortega Páez E, Molina Arias M, Carvajal Encina F, Cuestas Montañes E, Comité de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia. Medidas de frecuencia, riesgo e impacto en epidemiología. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503877.
4. González de Dios J, Albi Rodríguez MS, Gimeno Díaz de Auri A, Cabrera Morente L, Pérez González E, Ochoa Sangrador C, et al. Lectura crítica (I): fundamentos, herramientas y su aplicación en artículos científicos sobre pronóstico y efectos perjudiciales. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503941.
5. Gimeno Díaz de Auri A, Albi Rodríguez MS, Pérez González E, Cuervo Valdés JJ, Ruiz-Canela Cáceres J, González de Dios J, et al. Lectura crítica (II): aplicación en artículos científicos sobre intervenciones terapéuticas, revisiones sistemáticas y metaanálisis. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503891.
6. Aparicio Rodrigo M, González Rodríguez P, Balado Insunza N, Fraile Astorga G, Aizpurua Galdeano P, Ochoa Sangrador C, et al. Cómo elaborar y evaluar documentos de consenso: métodos y listas de comprobación. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103:503890.