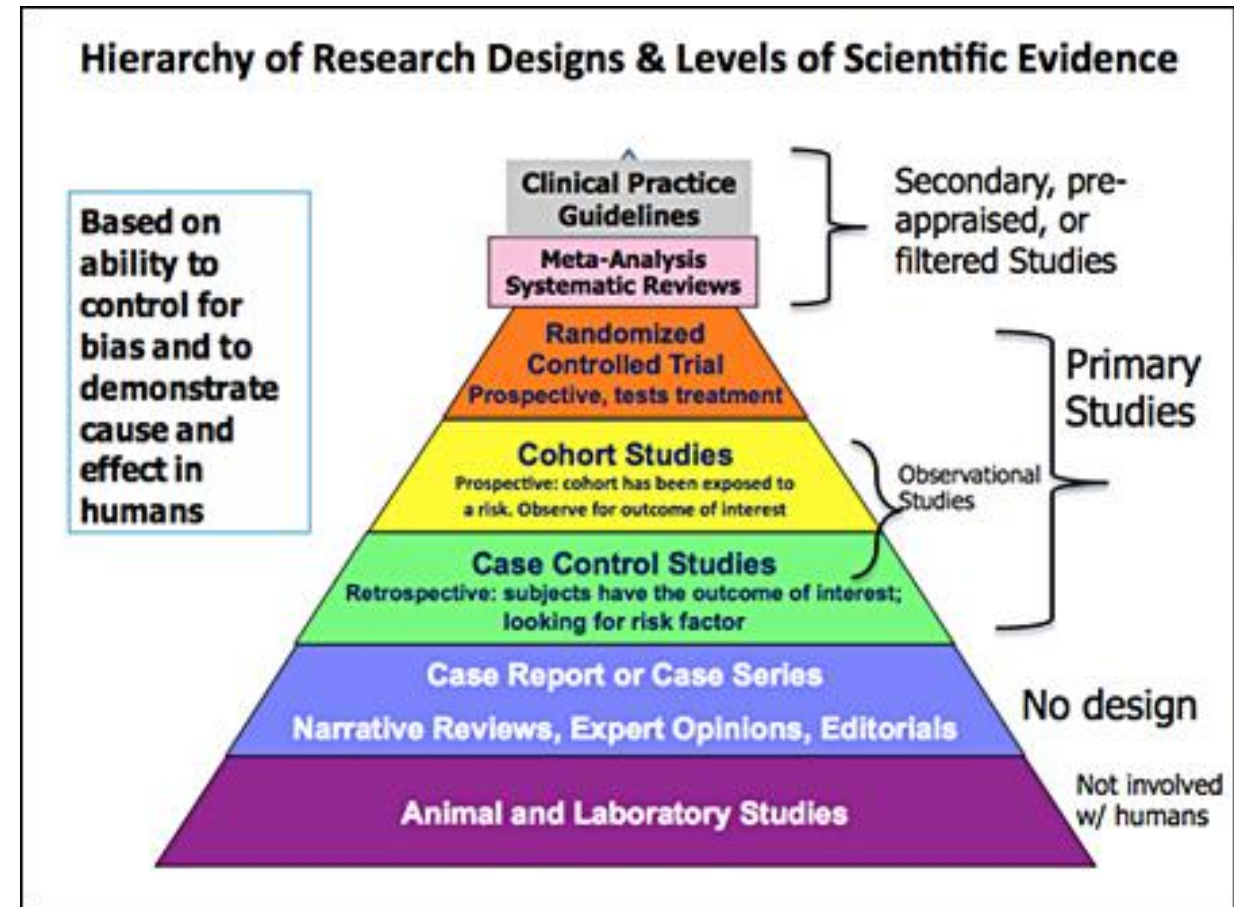


Medicina basada en la evidencia

Qué es y para qué sirve?

William Otero R, MD, FAGA, FACP
Profesor Titular de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Hospital Universitario Nacional

Cómo la concibo yo?



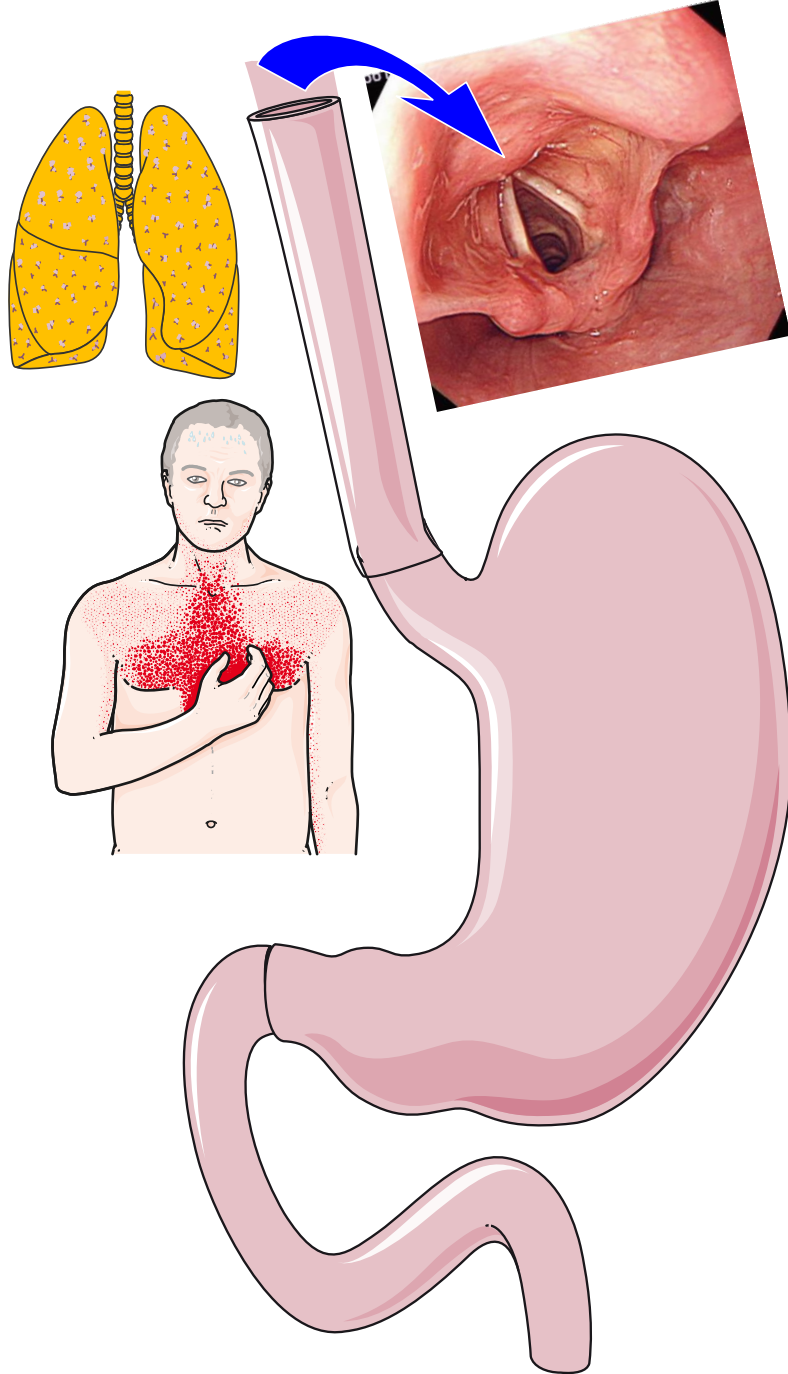
Evidencia

Publico: noticias, Google, memes,
Juez: la prueba reina
Científicos y MD: Lo que está publicado



El problema: Evaluar su calidad
Alta, baja, muy baja





Reflujo Faringo-Laríngeo

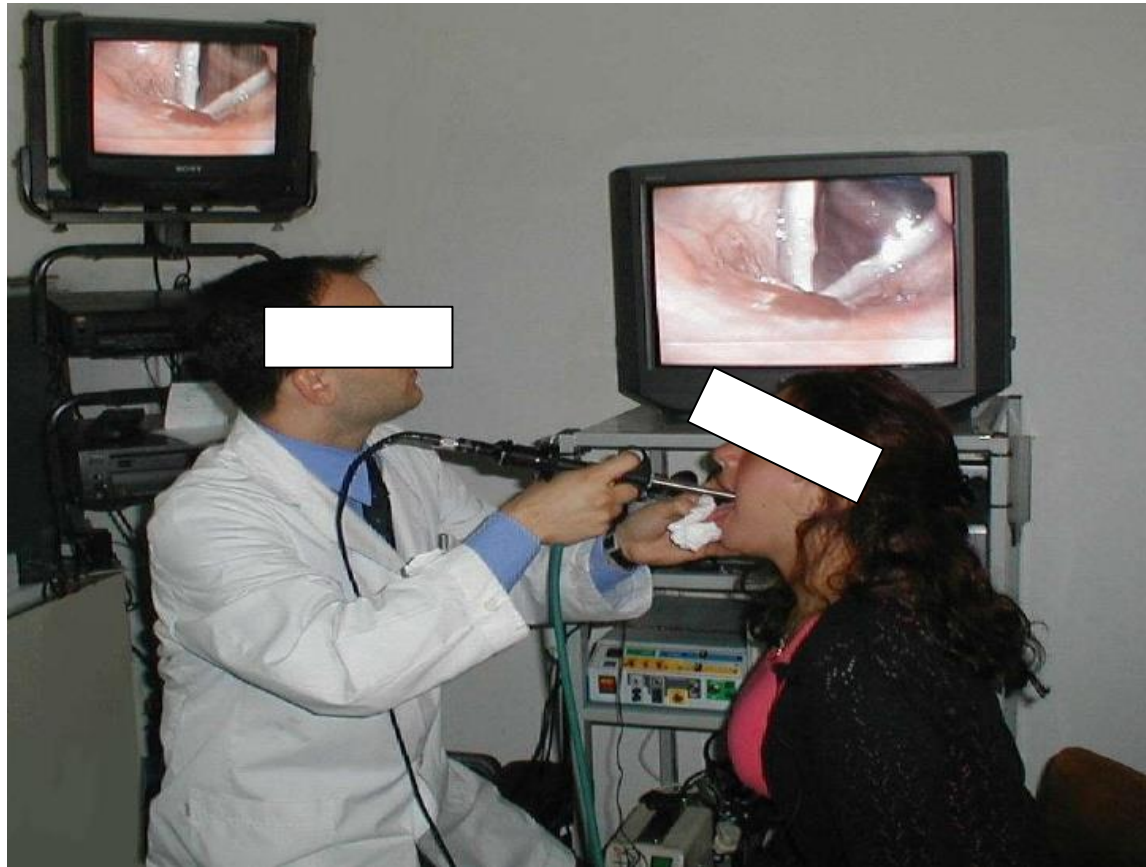
*Devolución del contenido
Gástrico a la faringe y laringe*

**2002: Academia Americana de Oto-laringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello**



Kouffman JA, Otolaryngol Head Neck Surg 2002;127:32-5

Reflujo Faringo-Laríngeo



**Disfonía
Carraspeo
Dolor Faríngeo
Goteo posnasal
Moco garganta
Globus**



**Laringitis
Péptica-ERGE**

Lechien JR, Otolaryngol Head Neck Surg 2019;160:762-82

Puntaje de Hallazgos de reflujo LF

Hallazgos	Puntaje
Pseudosulcus	0 =ausente, 2 =presente
Obliteración del ventrículo	0 =no hay, 2 =parcial, 3 =completa
Eritema / hiperemia	0 =no hay, 2 =aritenoides, 3 =difuso
Edema de pliegue vocal	0 =no hay, 2 =leve, 3 =severo, 4 =polipoideo
Edema laríngeo difuso	0 =no hay, 2 =leve, 3 =severo, 4 =obstructivo
Hipertrofia de la comisura posterior	0 =no hay, 2 =leve, 3 =severo, 4 =obstructivo
Granuloma / tejido de granulación	0 =ausente, 2 =presente
Moco espeso endolaríngeo	0 =ausente, 2 =presente

Belafsky PC, Laryngoscope 2001;111: 1313-7

Inespecíficos Se observan en 86% personas asintomáticas!

Lechien JR, et al. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2020;129:313-325.

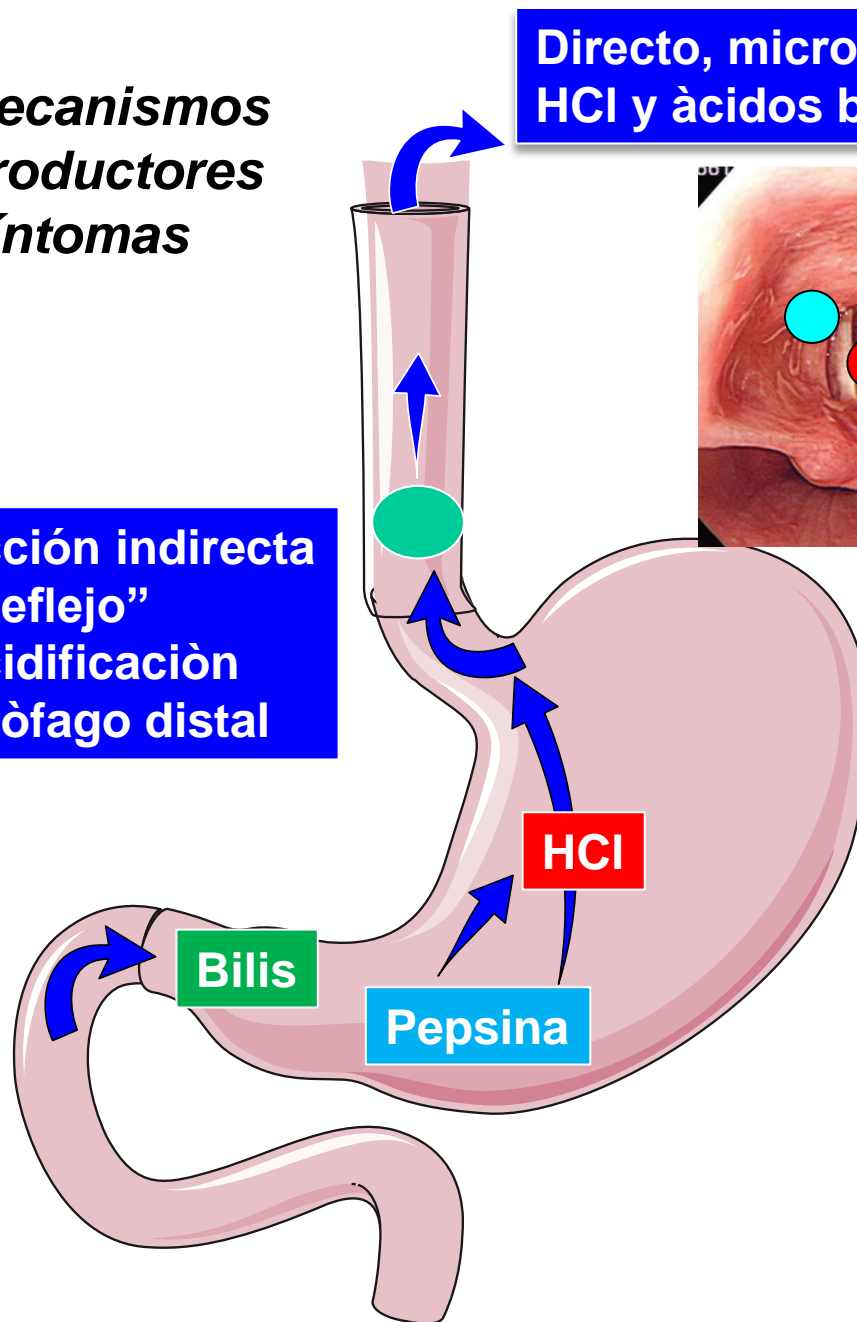
Tratamiento Innecesario



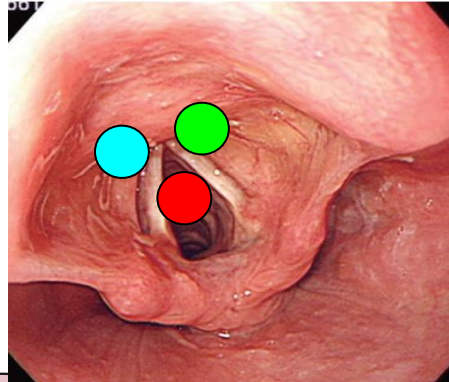
Barrett CM, Gastrointest Endosc Clin N Am 2020;30: 361–76
Hicks DM, J Voice 2002;16:564-79

**Mecanismos
Productores
Síntomas**

**Acción indirecta
"Reflejo"
Acidificación
Esófago distal**



**Directo, microaspiración, "Reflujo"
HCl y ácidos biliares**



**Cambios
Morfológicos**

Hay más factores

**>>SN
Simpático**

**<<Respuestas
Vagales**

Disfunción autonómica

Hipersensibilidad

**Olores, humedad, Temperatura,
Comer, cantar**

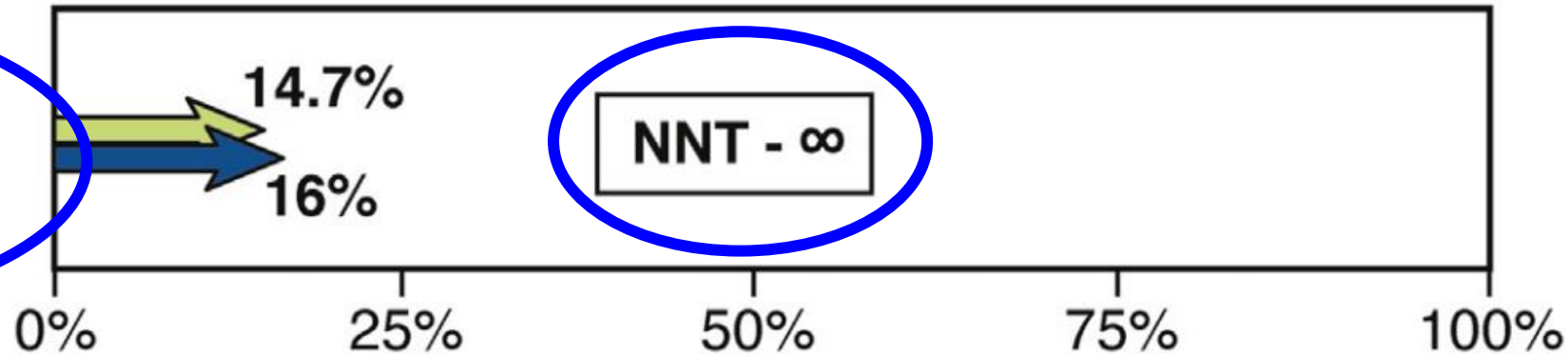
Lechien JR, Otolaryngol Head Neck Surg 2019;160:762-782
Barrett CM, Gastrointest Clin N Am 2020;30:361-76
Vaezi MF, Clin Gastroenterol Hepatol 2003;1:333-44

Síntomas extraesofágicos

C

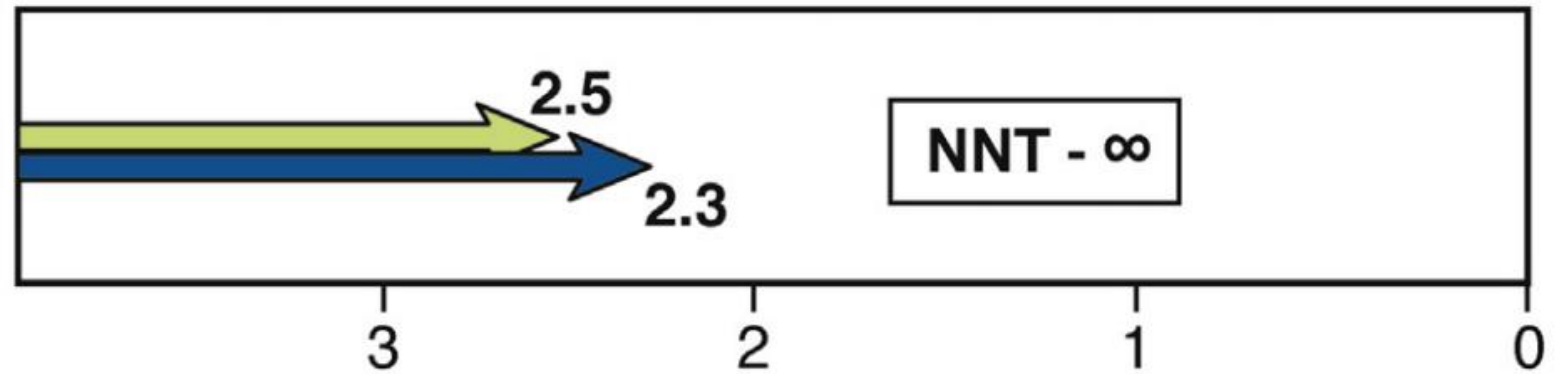
Reflux laryngitis⁴⁸

*No frequent heartburn-
complete resolution*



Poorly controlled asthma⁴⁹

*Without frequent heartburn
Exacerbations per year*



Katzka DA, Clin Gastroenterol Hepatol 2020;18:767-76

IBP

IBP

IBP

IBP

IBP

IBP
IBP
IBP

IBP
IBP
IBP

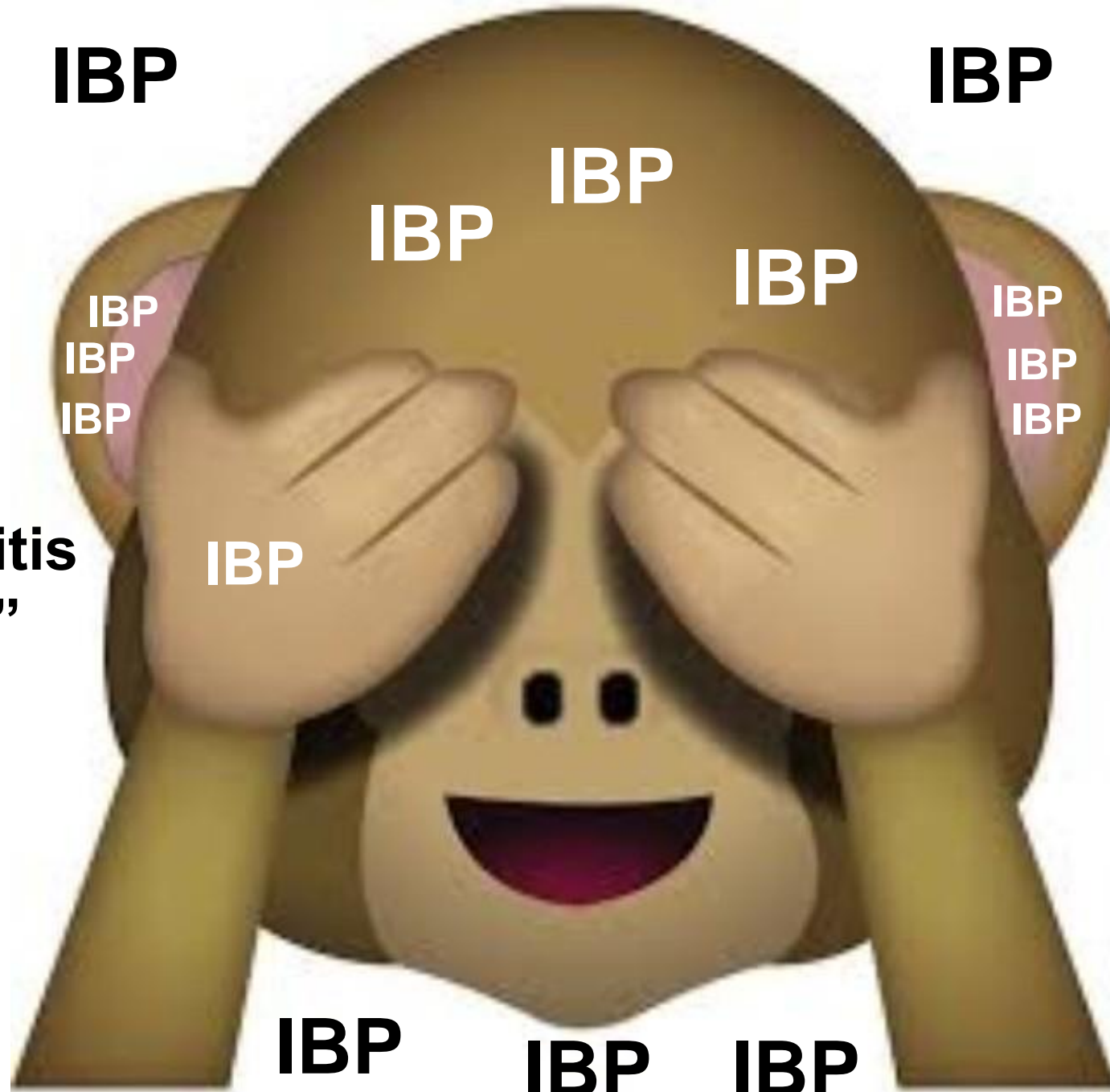
“Laringitis Péptica”

IBP

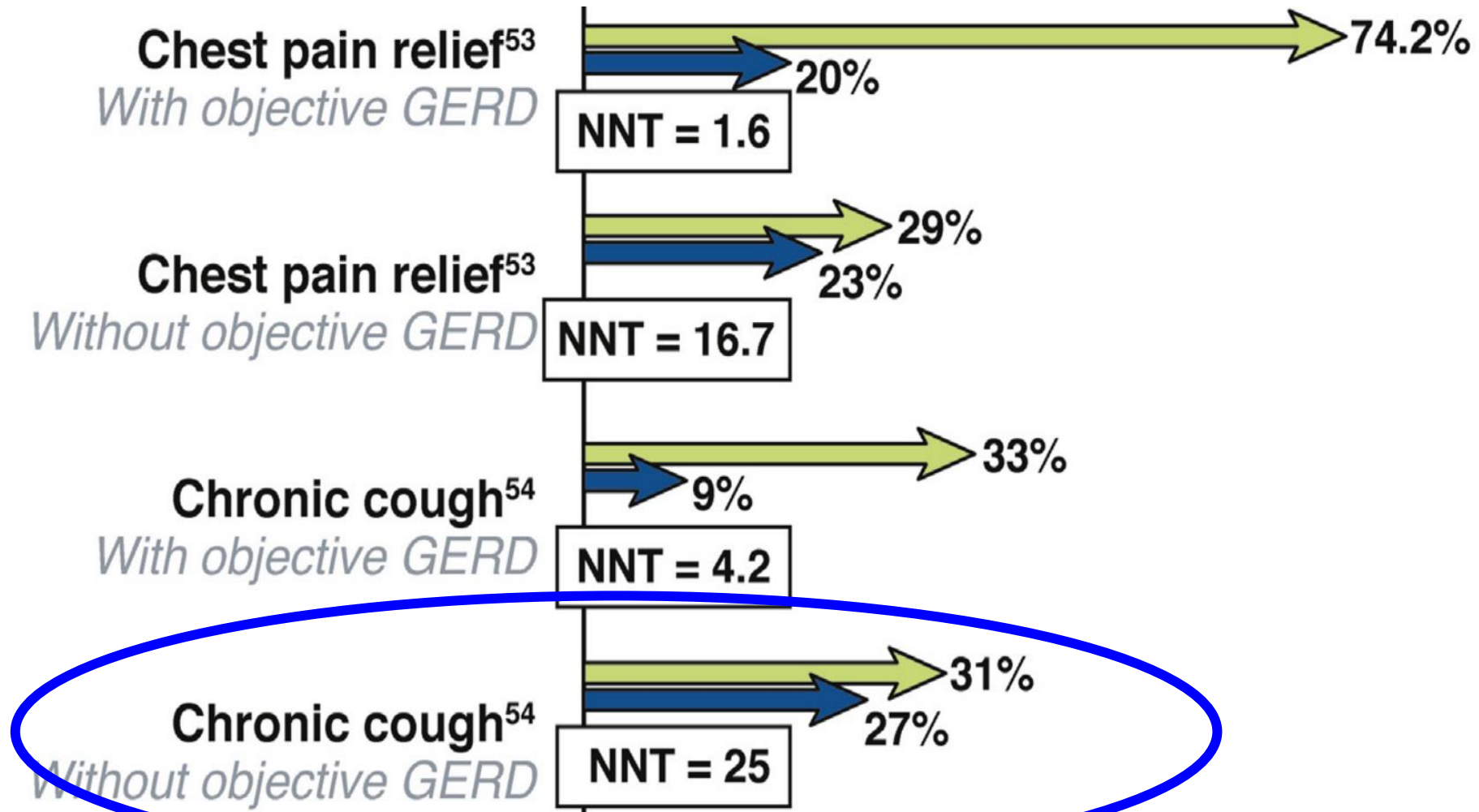
IBP

IBP

IBP

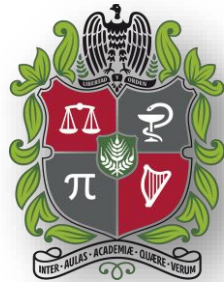


Síntomas Atípicos



Pancreatitis aguda

Sonda Nasogástrica vs Nasoyeyunal



Orlando Castro Rojas
Residente de Medicina Interna
Universidad Nacional de Colombia
Hospital Universitario Nacional



((("Enteral Nutrition"[Mesh]) OR "Intubation, Gastrointestinal"[Mesh]) AND "Pancreatitis"[Mesh])

Save

Email

Send to

Sorted by: Most recent

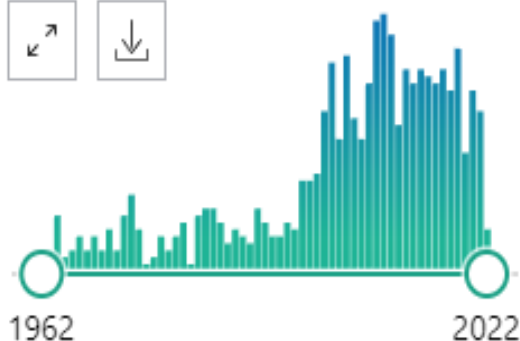
Display options

MY NCBI FILTERS

720 results

Page 1 of 72

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text

[Acute Pancreatitis: Rapid Evidence Review.](#)
 1 Oppenlander KE MD, Chadwick C DO, MS, RDMS, Carman K DO.
 Cite Am Fam Physician. 2022 Jul;106(1):44-50.
 Share PMID: 35839366 Review.

[Enteral nutrition is associated with high rates of pneumonia in intensive care unit \(ICU\) patients with acute pancreatitis.](#)
 2 Gaitanidis A, Breen K, Mendoza A, Fawley J, Lee J, Parks J, Kaafarani HMA, Velmahos G, Fagenholz PJ.
 Cite J Crit Care. 2022 Jun;69:154012. doi: 10.1016/j.jcrc.2022.154012. Epub 2022 Feb 23.
 Share PMID: 35217369

Save

Email

Send to

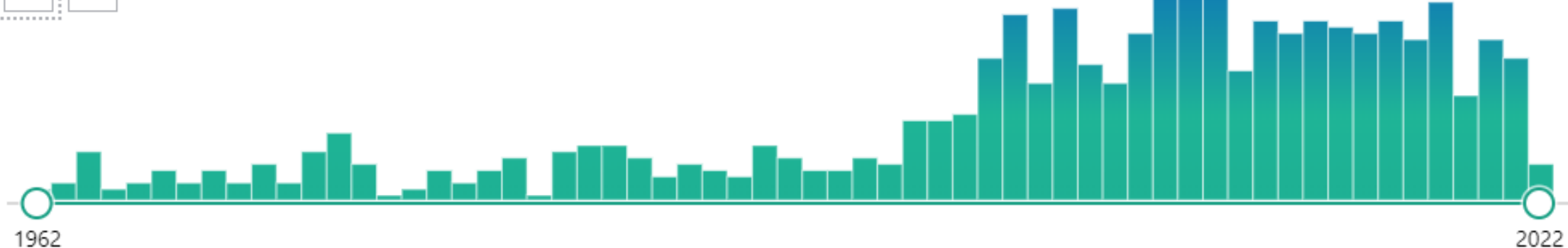
Sorted by: Most recent ↓

Display options ⚙️

RESULTS BY YEAR

720 results

Page 1 of 72



MY NCBI FILTERS

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE



Acute Pancreatitis: Rapid Evidence Review.

1 Oppenlander KE MD, Chadwick C DO, MS, RDMS, Carman K DO.

Cite Am Fam Physician. 2022 Jul;106(1):44-50.

PMID: 35839366 Review.

Share



Enteral nutrition is associated with high rates of pneumonia in intensive care unit (ICU) patients with acute pancreatitis.

2

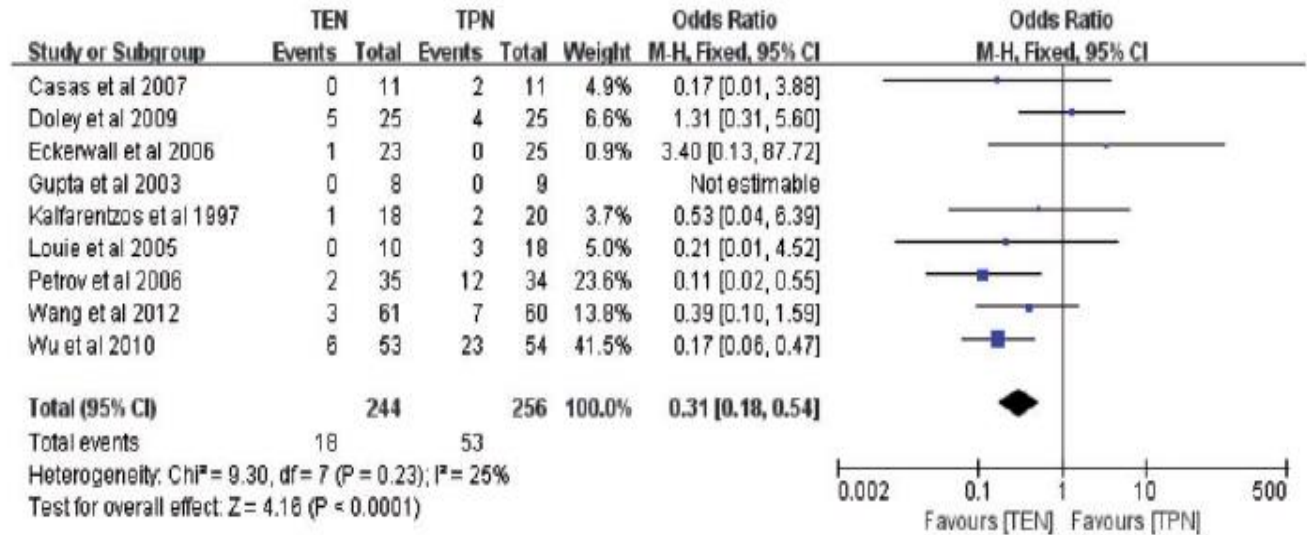
Cite Gaitanidis A, Breen K, Mendoza A, Fawley J, Lee J, Parks J, Kaafarani HMA, Velmahos G, Fagenholz PJ.

J Crit Care. 2022 Jun;69:154012. doi: 10.1016/j.jcrc.2022.154012. Epub 2022 Feb 23.

Safety and efficacy of total parenteral nutrition versus total enteral nutrition for patients with severe acute pancreatitis: a meta-analysis

Wen Li², Jixi Liu¹, Shuqiao Zhao³ and Jingtao Li¹

Journal of International Medical Research
 2018, Vol. 46(9) 3948–3958
 © The Author(s) 2018
 Article reuse guidelines:
 sagepub.com/journals-permissions
 DOI: 10.1177/0300060518782070
 journals.sagepub.com/home/imr



Por sus beneficios la primera elección es la nutrición enteral

REVIEW Enteral versus parenteral nutrition for patients with severe acute pancreatitis: a meta-analysis

H Yao, C He, L Deng and G Liap

Whether enteral nutrition (EN) is superior to parenteral nutrition (PN) in critically ill patients with severe acute pancreatitis remains unknown. The objective of this meta-analysis was to assess the effects of EN versus PN on clinical outcomes in a subgroup of pancreatitis patients. Relevant randomized controlled trials (RCTs) were searched in Scopus, PubMed and Web of Science from inception to August 2016. Ultimately, five RCTs including 348 patients were enrolled in this analysis. Compared with PN, EN was associated with a significant reduction in overall mortality (risk ratio (RR) = 0.36, 95% confidence interval (CI) 0.20–0.65, P = 0.001) and the rate of multiple organ failure (RR = 0.39, 95% CI 0.21–0.73, P = 0.003). EN should be recommended as the preferred route of nutrition for critically ill patients with severe acute pancreatitis.

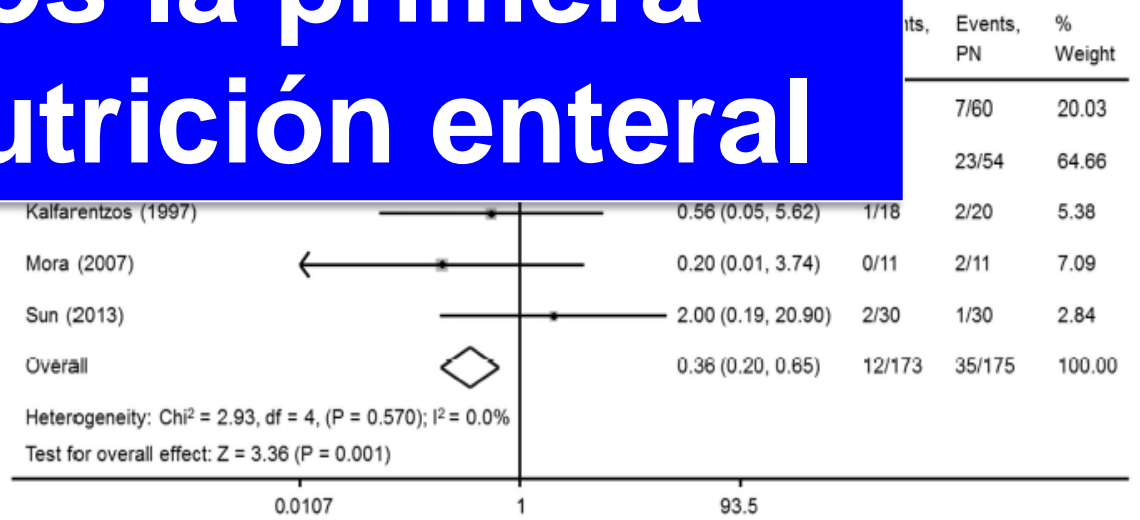


Figure 1. Comparison of the effects on overall mortality of enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients with severe acute pancreatitis.

RESEARCH

Open Access

Nasogastric or nasojejunal feeding in predicted severe acute pancreatitis: a meta-analysis

Yu-sui Chang¹, Hua-qun Fu², Yuan-mei Xiao³ and Ji-chun Liu^{1*}

Mortalidad

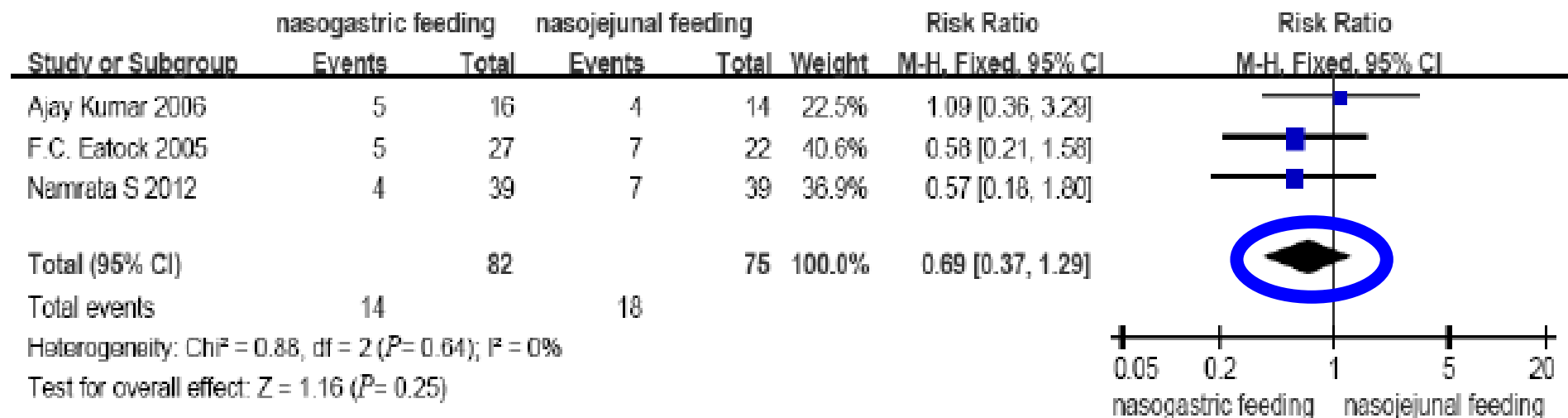


Figure 2 Comparison of overall mortality between nasogastric feeding and nasojejunal feeding groups.

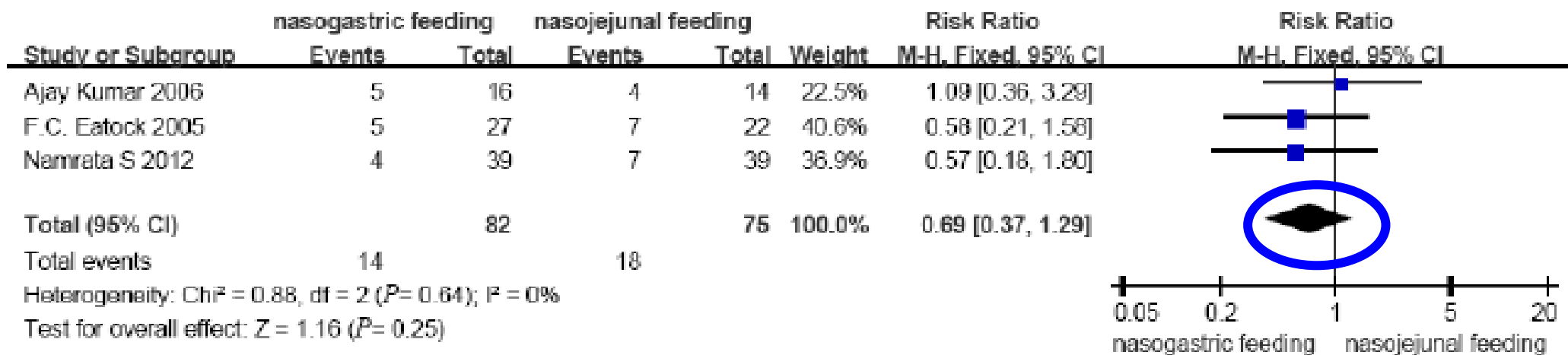


Figure 2 Comparison of overall mortality between nasogastric feeding and nasojejunal feeding groups.

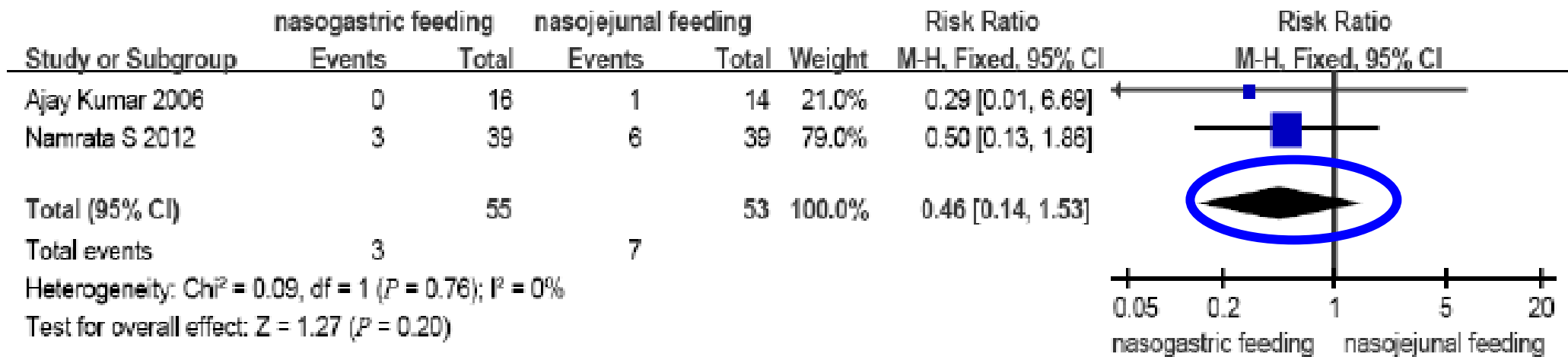


Figure 3 Comparison of tracheal aspiration between nasogastric feeding and nasojejunal feeding groups.

Summary of findings for the main comparison. Nasogastric compared to nasojejunal tube feeding for severe acute pancreatitis

Nasogastric compared to nasojejunal tube feeding for severe acute pancreatitis

Patient or population: Severe acute pancreatitis

Setting: In hospital

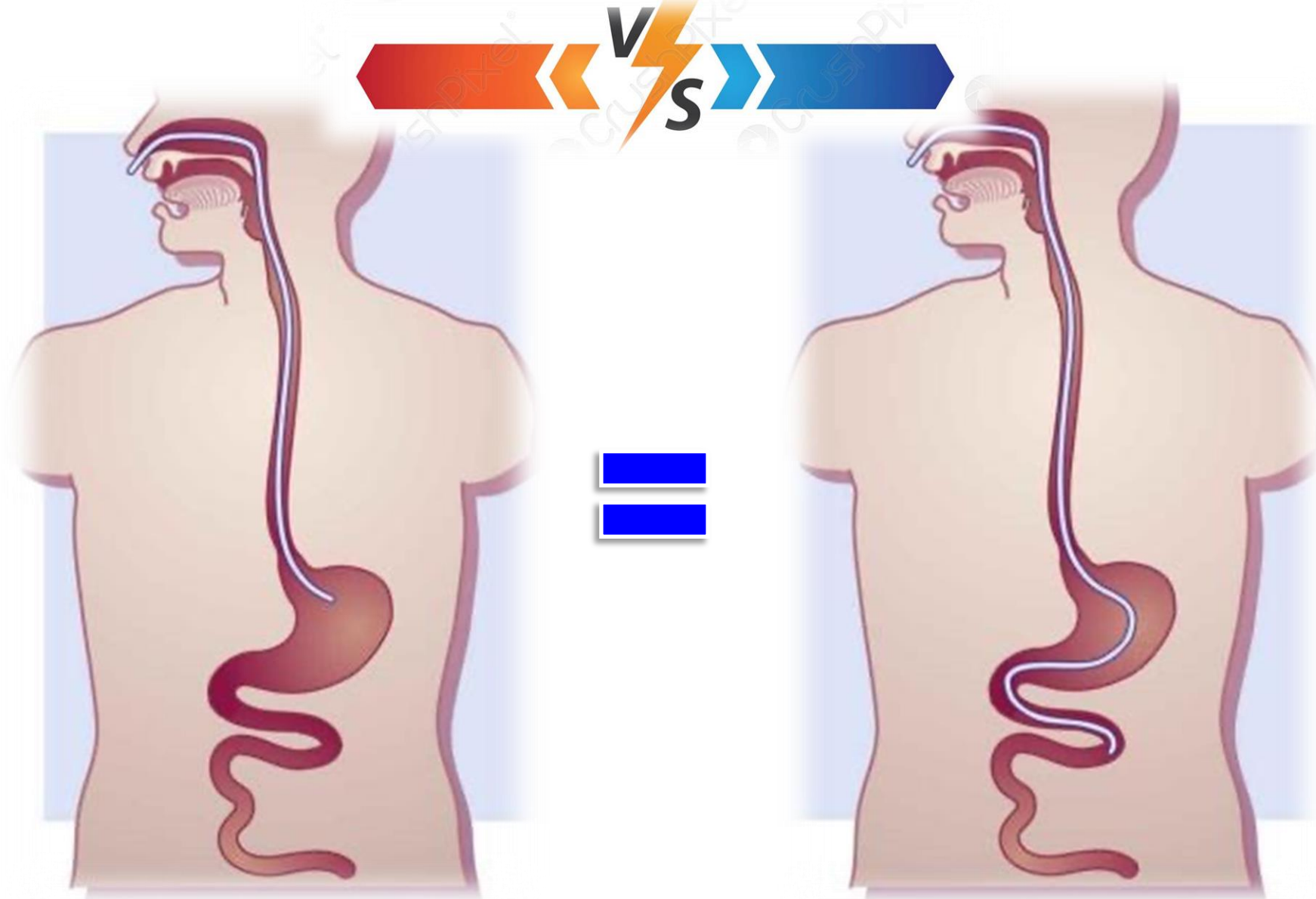
Intervention: Nasogastric tube feeding

Comparison: Nasojejunal tube feeding

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with nasojejunal tube feeding	Risk with nasogastric tube feeding			
Mortality	200 per 1000	130 per 1000 (72 to 234)	RR 0.65 (0.36 to 1.17)	220 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{1 2 3 4 5}
Organ failure (ple)					
Rate of infection (emic)					
Success rate					
Complications associated with the procedure	54 per 1000	28 per 1000 (4 to 202)	RR 0.52 (0.07 to 3.74)	80 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{1 2 4 9}
Surgical intervention	96 per 1000	83 per 1000 (29 to 240)	RR 0.87 (0.30 to 2.50)	145 (3 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{1 2 4 11}
Requirement for parenteral nutrition	135 per 1000	139 per 1000 (53 to 366)	RR 1.03 (0.39 to 2.71)	80 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{1 2 4 9}

No hay diferencias en mortalidad o complicaciones

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

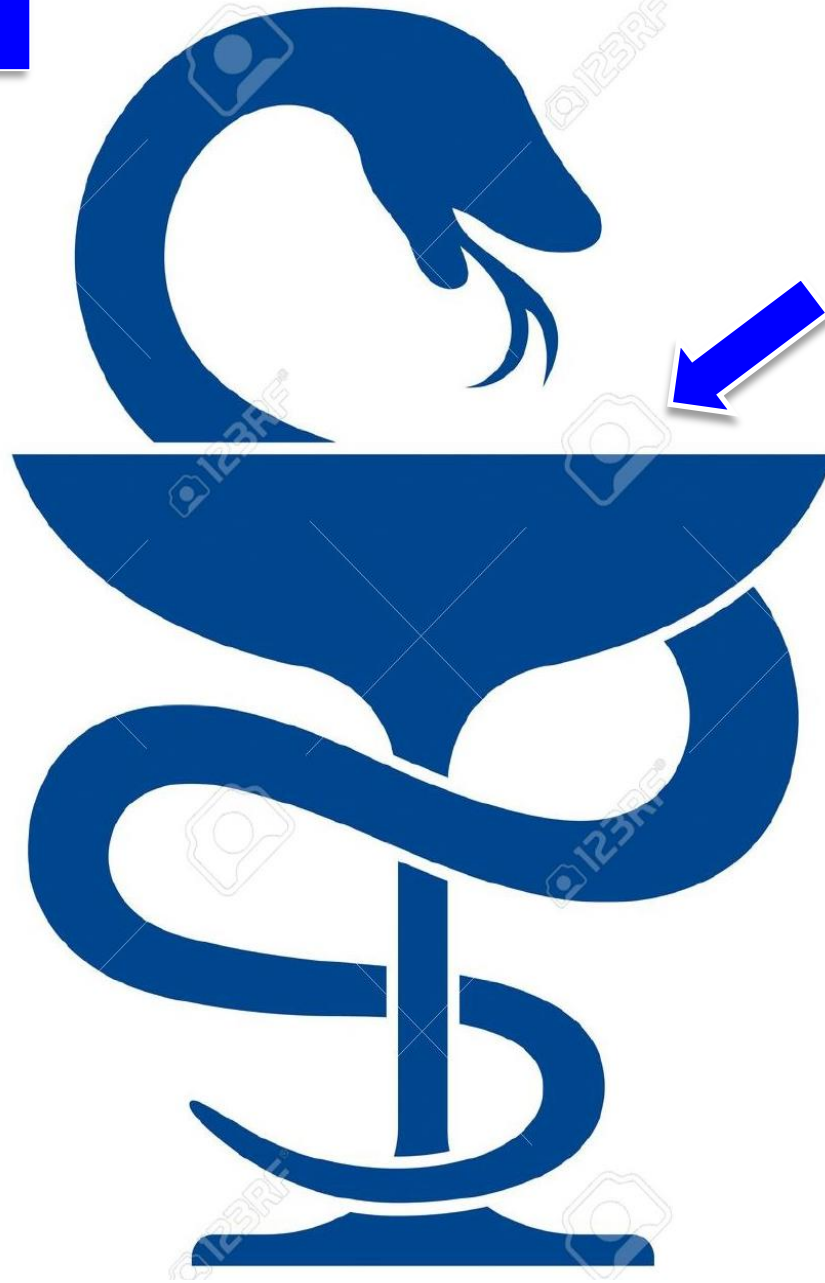


El descanso pancreático es un viejo paradigma

***"El paciente tiene
lo que el médico sabe"***

Sabiduría popular

Muy astuto, audaz, Inteligente



**Bebe todos los
Días en el pozo
De la sabiduría**

Los médicos creen que el desempeño
Y la competencia dependen del edificio

Lo importante no es la jaula,
lo importante es el pájaro!



**Medicina Basada
En la evidencia**



**No Es “Simplemente” leer
Artículos científicos**

“Ningún médico podría considerar ingresar a la practica clínica Sin saber hacer una adecuada historia clínica y un examen físico completo. Tampoco sin un entendimiento de cómo actúan Los medicamentos en los pacientes.

Sin embargo TRADICIONALMENTE comienzan A ejercer la medicina y terminan sin ser capaces De entender la Evidencia publicada”

Dans AL, Painless Evidence-Based Medicine, 2017

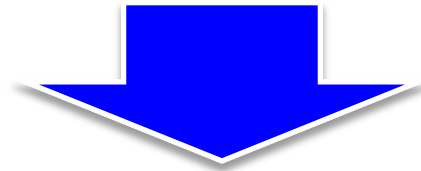
“El público se sorprende que los médicos no sepan leer un artículo completo”

Dans AL, *Painless Evidence-Based Medicine*, 2008



**No saber leer un artículo,
Limita la independencia
Intelectual**

Medicina Basada en la Evidencia



1991, Guyatt y col, Canadá

Guyatt G. Evidence-Based Medicine. *ACP J Club* 1991; A-16: 114.

La tendencia de un grupo de académicos médicos jóvenes, Seguros y con sólidos conocimientos matemáticos a menospreciar la práctica de los clínicos experimentados utilizando una combinación de jerga epidemiológica y prestidigitación estadística»»

Medicina basada en la evidencia

«El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales»

**Sackett DL,. Evidence based medicine: what it is and what it isn't.
Br Med J1996;312:71.5**

Medicina basada en la evidencia

Cambio del paradigma tradicional



Intuición



Experiencia

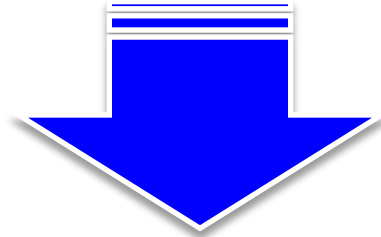


Fisiopatología



Sentido Común

Medicina basada en la evidencia



**“Mantener el paso a los
desarrollos de la medicina”**



***www.unal.edu.co
Bases de datos
Pubmed, Cochrane
Science direct, Ovid,
MD consult, .etc, etc,***



Medicina basada en la evidencia



Son tres habilidades utilizadas de manera sistemática

Adquisición de la Evidencia publicada
(resultados de las investigaciones)
Evaluación crítica de la evidencia
Aplicación



Guiar las decisiones en el
cuidado de la salud

Limitaciones de la MBE (1)

Dificultad de aplicar evidencia global al paciente

Fisiopatología variable, polimorfismos genéticos,
Factores enzimáticos, comorbilidades, etc

Solución teórica

Análisis por subgrupos con hipótesis *a priori*

Inconvenientes

< poder por < tamaño muestra

Efecto de Bonferroni: asociaciones erróneas por

Múltiples análisis por escudriñar tanto dato

Limitaciones de la MBE (2)

Rareza con que los clínicos acceden y aplican la evidencia

No buscan las fuentes primarias: Guías y opiniones de líderes

“En el congreso dijeron, en ACP dijeron, en la ACMI dijeron ”

En una palabra: “La evidencia del sonido de las palabras”



Gabbay J, BMJ 2004;329:1013

Feinstein AR, J Clin Epidemiol 1998;51:297-9

Dugal R, Int J Clin Pract 2011;65:639-44

Limitaciones de la MBE (3)



Incapacidad del médico para comunicar la evidencia a los pacientes!!!!

***Usted tiene un tumorcito, bueno? O sea, bueno, igual eso es difícil,
Hay un tratamiento especial bueno? , Y entonces pues usted decide!!
Así quedamos bueno!!! Y me cuenta!! Porque usted tiene que Decidir!!!***



Y entonces??

El estudio reportó una odd ratio como la **odds** del cáncer Cuando usted fuma comparado con la odds cuando usted no lo hace pero actualmente esta medida del **odds** entre Los fumadores con cáncer comparada con la **odds** entre los pacientes sin cáncer, yo creo que el efecto de la exposición en la **odds** de la enfermedad es igual al efecto de la enfermedad en la **odds** de la exposición!!!



Y que será una **odds**??

Entre los que están infectados:

15% Tendrán úlceras

1-2% tendrán dispepsia

2-3% les dará cáncer

***No sabemos usted
donde va a estar***

Con el tratamiento

Puede presentar diarrea, náuseas 30%

No es 100% eficaz (70-90%)

Puede necesitar más de un tratamiento

La Erradicación :

< Riesgo de úlcera y de cáncer gástrico

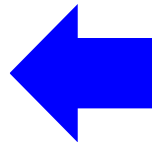
Doctor:

Tengo Helicobacter

Qué hago?

Es necesario

eliminarlo?



Qué piensa, se lo tratamos o no?



Experiencia Clínica



“Capacidad para utilizar las habilidades clínicas y experiencias del pasado para identificar una Enfermedad o un estado de salud”

Medicina Basada en la evidencia

Limitaciones de la Jerarquización de La evidencia



**Falta de Tiempo y Conocimientos
Para evaluación crítica de la literatura**

Escala de Jadad, Ensayos Clínicos Aleatorizados

1. El estudio fue descrito como aleatorizado ?
2. El estudio fue descrito como doble ciego ?
3. Se describieron los pacientes retirados ?

De 1 punto por cada **SI** o
0 puntos por cada **NO**

De 1 punto
adicional
Por cada uno

Si la aleatorización/
Cegamiento fueron
apropiados

Reste 1 punto
a cada uno

Si la aleatorización/
Cegamiento fueron
Inapropiados

2 puntos o menos: efecto 35% MAS que 3 puntos o más

How to read a randomized controlled clinical trial

Matthew J. Grainge

Division of Epidemiology and Public Health, Nottingham City Hospital,
University of Nottingham, Nottingham, UK

***GI Epidemiology: Diseases and Clinical Methodology*, 2th Edit.
Edited Talley NJ. 2014 John Wiley & Sons, Ltd. pp 38-47**

10 puntos de chequeo para evaluar un ensayo clínico

1. How was the allocation sequence generated, and was this adequately concealed?
2. Were participants and study personnel blinded? (enmascaramiento).
3. How many participants were lost to follow-up? (“Sesgo de desgaste”).
4. Was the study population well defined?. Was the intervention(s) administered correctly and appropriately?.
5. Were intervention groups comparable at baseline?.
6. Was the intervention(s) administered correctly and appropriately?
7. Were outcome measures suitable and valid?.
8. Was the sample size adequate and were the data analyzed properly? (What statistics have been used (and how do I interpret them?)
9. CONSORT: have the results been reported following these guidelines? CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials), Creado en 1966: asegurar un correcto informe de los ECC, Actualizado en 2001, 2010
10. Were the conclusions properly drawn based on the results?

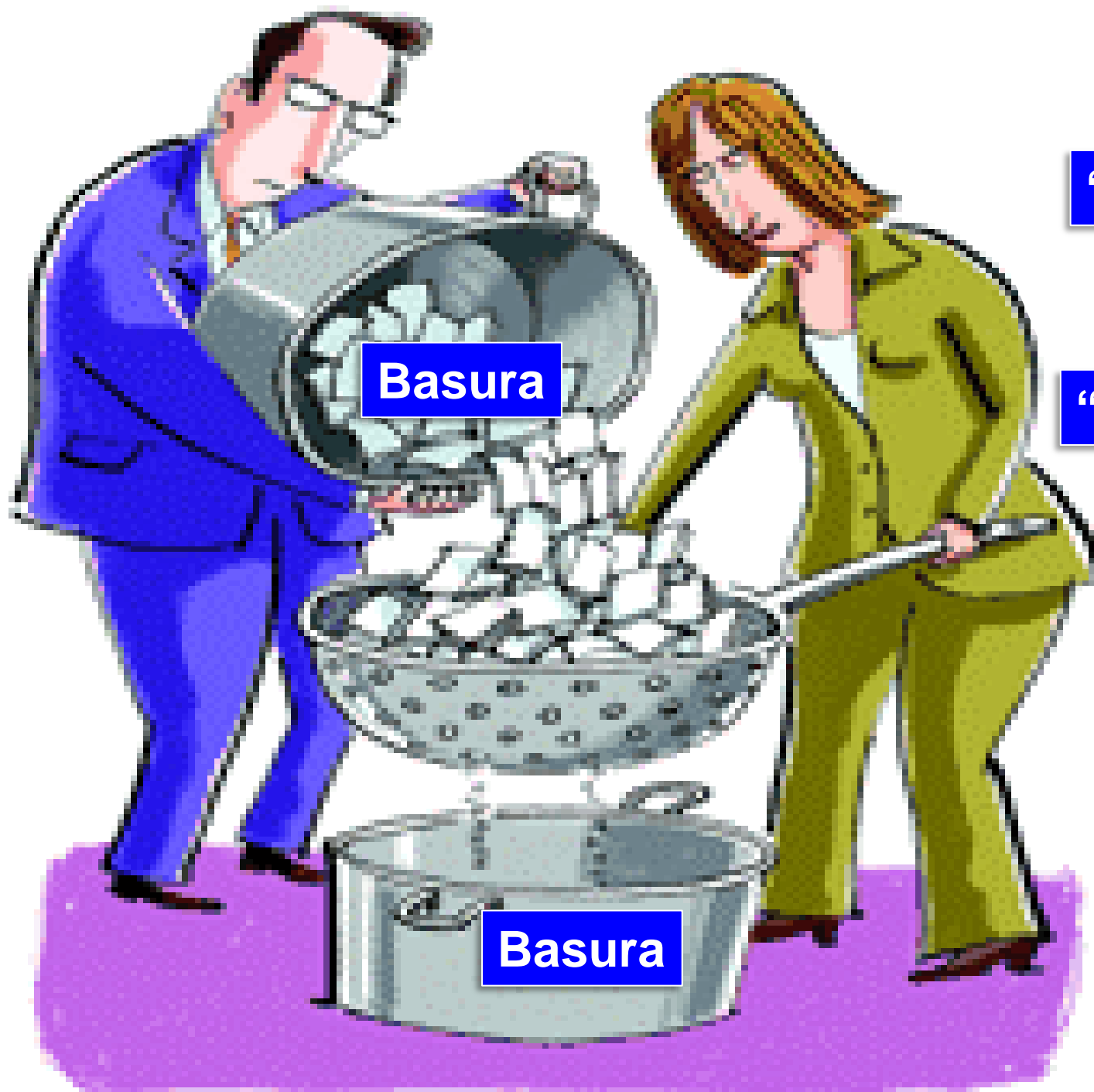
GI Epidemiology: Diseases and Clinical Methodology, 2th Edit. Edited Talley NJ. 2014 John Wiley & Sons, Ltd.pp 38-47

The screenshot shows the PubMed.gov search interface. At the top, the NIH logo and 'National Library of Medicine' are visible. The search bar contains 'talley NJ' and the date 'Julio 25, 2021'. A 'Search' button is to the right. Below the search bar, there are links for 'Advanced', 'Create alert', and 'Create RSS'. At the bottom of the search bar area, there are buttons for 'Save', 'Email', and 'Send to', along with 'Sorted by: Most recent' and 'Display options'.

MY NCBI FILTERS

1,046 results

1046 results



Basura

“Garbage IN”



“Garbage ON”

GIGO

Basura

Systematic review of randomized controlled trials of probiotics, prebiotics, and synbiotics in inflammatory bowel disease

This article was published in the following Dove Press journal:
Clinical and Experimental Gastroenterology
9 December 2014

AMSTAR: 4/11

Meta-analysis of broad-spectrum antibiotic therapy in patients with active inflammatory bowel disease

SHENG-LAN WANG, ZHI-RONG WANG and CHANG-QING YANG

Division of Gastroenterology and Digestive Diseases Institute, Tongji Hospital of
Tongji University School of Medicine, Shanghai 200065, P.R. China

Received July 1, 2012; Accepted September 12, 2012

AMSTAR: 3/11

**Probiotics for maintenance of remission in ulcerative colitis
(Review)**

Naidoo K, Gordon M, Fagbemi AO, Thomas AG, Akobeng AK.
Probiotics for maintenance of remission in ulcerative colitis.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No
CD007443. DOI: 10.1002/14651858.CD007443.pub2.
www.cochranelibrary.com

**“Estudios con alto riesgo de sesgo”
Inadecuado cegamiento. Hubo pocos pacientes,
pocos eventos de interés**

**Insuficiente evidencia para
Recomendar pro-bióticos para
Mantener remisión en CU.
Se necesitan estudios más grandes
y con mejor calidad**

AMSTAR

Assessment of Multiple Systematic Reviews



SIGN

Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses

SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: *Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> [cited 10 Sep 2012]*

AMSTAR score 0–4: Low quality

AMSTAR score 5–8: Moderate Quality

AMSTAR score 9–11: High quality

<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>

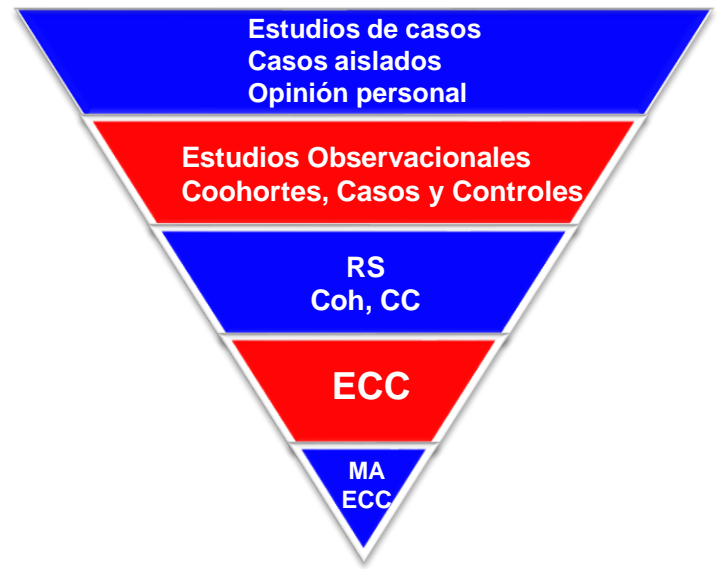
Estudios Obsevacionales analíticos

STROBE Statement

Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

What is STROBE?

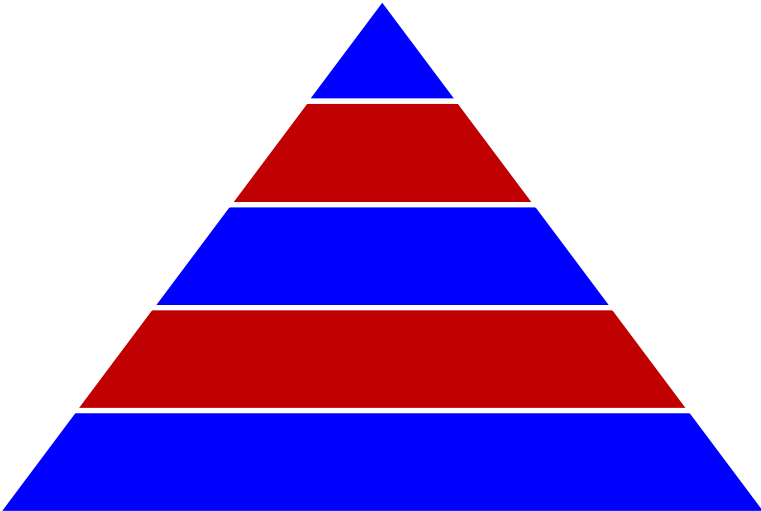
STROBE stands for an international, collaborative initiative of epidemiologists, methodologists, statisticians, researchers and journal editors involved in the conduct and dissemination of observational studies, with the common aim of **STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology**.

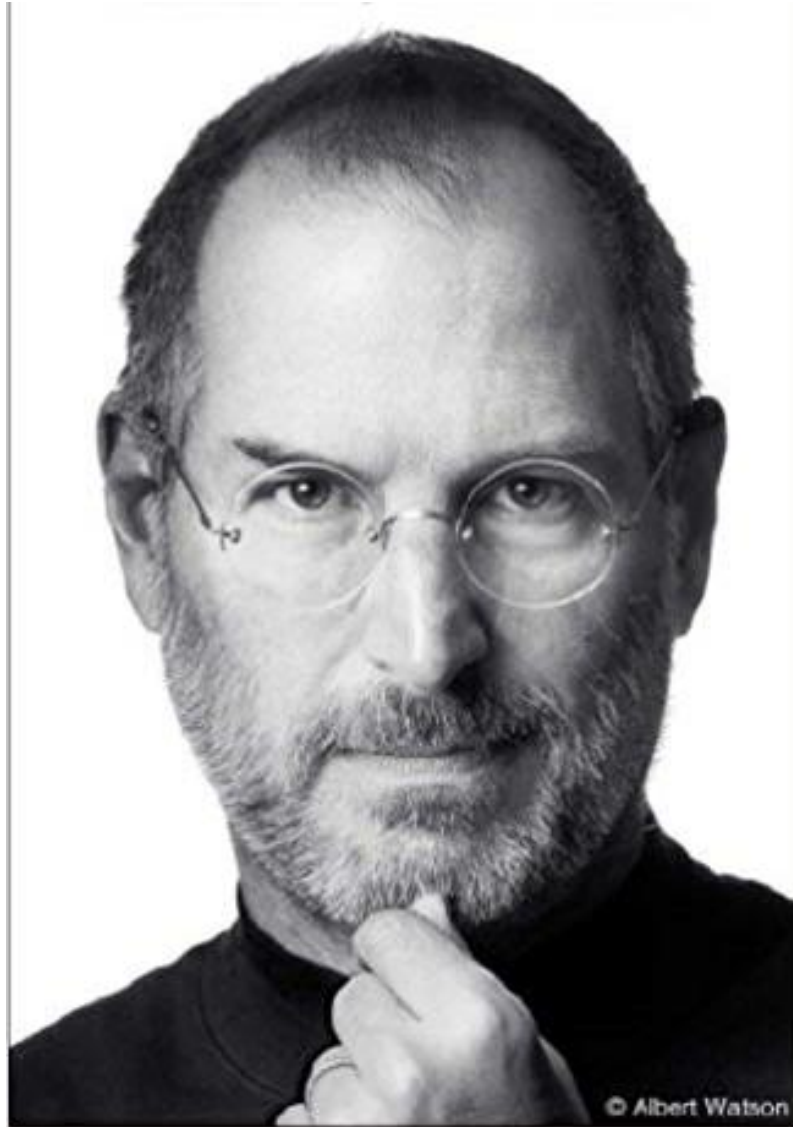


**Valores y
Necesidades
del paciente**

**Problema
del paciente**

**Experticia
Clínica**





“Hay que saber unir los puntos”

Guías de práctica clínica

Evidencia



Recomendaciones

Practice Management: The Road Ahead

John I. Allen, Section Editor

The AGA Institute Process for Developing Clinical Practice Guidelines Part One: Grading the Evidence

SHAHNAZ SULTAN,* YNGVE FALCK-YTTER,[‡] and JOHN M. INADOMI[§]

**Malcom Randall VA Medical Center and Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Department of Medicine, University of Florida College of Medicine, Gainesville, Florida; [‡]Louis Stokes VA Medical Center and Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University Hospitals Case Medical Center, Case Western Reserve University, School of Medicine, Cleveland, Ohio; and [§]Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington*



Roadmap to the
FUTURE of **PRACTICE**

Shield of Massachusetts compared costs and quality between traditional fee-for-service and a global payment system (the Alternative Quality Contract) whereby participating provider organizations assumed accountability for spending, but also received bonuses for quality.¹ Geisinger Health System, an integrated delivery system com-

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis



Cynthia W. Ko,¹ Siddharth Singh,² Joseph D. Feuerstein,³ Corinna Falck-Ytter,⁴ Yngve Falck-Ytter,⁵ and Raymond K. Cross,⁶ on behalf of the American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee

clinical practice guidelines incorporates Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methodology⁹ and best practices as outlined by the Institute of Medicine.¹⁰ GRADE methodology was used

ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults

David T. Rubin, MD, FACG¹, Ashwin N. Ananthakrishnan, MD, MPH², Corey A. Siegel, MD, MS³, Bryan G. Sauer, MD, MSc (Clin Res), FACG (GRADE Methodologist)⁴ and Millie D. Long, MD, MPH, FACG⁵

Ulcerative colitis (UC) is an idiopathic inflammatory disorder. These guidelines indicate the preferred approach to the management of adults with UC and represent the official practice recommendations of the American College of Gastroenterology. The scientific evidence for these guidelines was evaluated using the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) process. In instances where the evidence was not appropriate for GRADE, but there was consensus of significant clinical merit, “key concept” statements were developed using expert consensus. These guidelines are meant to be broadly applicable and should be viewed as the preferred, but not only, approach to clinical scenarios.

GRADE

Welcome to the GRADE working group

From evidence to recommendations – transparent and sensible

Qué es el GRADE ?

**Grading of Recommendations
Assessment, Development and
Evaluation**

Sistema diseñado para la **Clasificación** de la calidad de la evidencia y **Graduación** de la fuerza de la recomendación

Guyatt GH, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64:383–94.

**Fuerza de la
recomendación**

Significado

Fuerte a favor

Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables.

SE RECOMIENDA HACERLO

Débil a favor

Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables.

SE SUGIERE HACERLO

Débil en contra

Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables.

SE SUGIERE NO HACERLO

Fuerte en contra

Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables.

SE RECOMIENDA NO HACERLO

Punto de buena
práctica

Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del Grupo Desarrollador de la Guía.

Calidad global de la evidencia GRADE

Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado
B	Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
C	Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
D	Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto



[Inicio](#)[La Asociación](#)[Educación](#)[Portal Pacientes](#)[Comités](#)[Guías Práctica Clínica](#)[Boletines](#)[Contáctenos](#)[SÉ TU HÉROE](#)

Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia



Asociación Colombiana de
Gastroenterología



Cochrane
STI

Las Guías de Práctica Clínica fueron desarrolladas por la Asociación Colombiana de Gastroenterología; contó con el soporte metodológico y búsquedas sistémicas del grupo Cochrane STI y del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Para este importante proyecto fue convocado un grupo élite de profesionales y líderes científicos de nuestro país, con el fin de dar recomendaciones basadas en evidencias sobre las patologías más frecuentes de gastroenterología.

[Reflujo Gastroesofágico](#) +[Helicobacter Pylori](#) +[Dispepsia](#) +[Intestino Irritable](#) +[Estreñimiento](#) +[Colitis Ulcerativa](#) +[Cáncer Gástrico](#) +[Cáncer de Colon](#) +[Hígado Graso](#)[Ecoendoscopia](#)[Algoritmos](#)[Enfermedad de Crohn](#)



Interpretación actual de la MBE

Concepto de práctica basada en evidencias

MBE
Evidencia de las
investigaciones

+

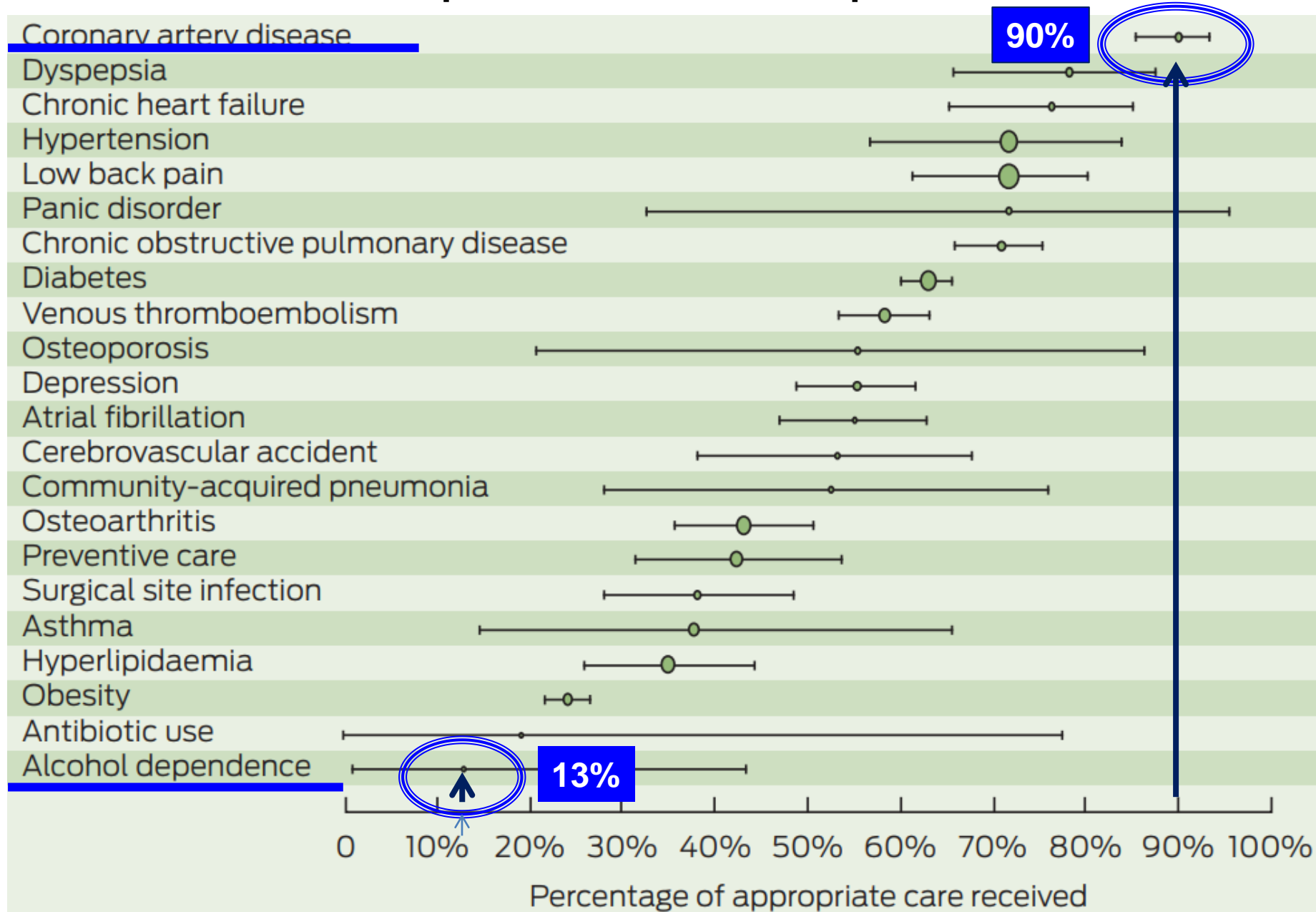
EBP
Experticia
Experiencia clínica
Paciente correcto
Preferencias

=

**Práctica basada
En evidencias**

Dugal R, Int J Clin Pract 2011;65:639-44

1000 pacientes de atención primaria

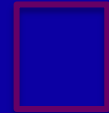


Knowledge, attitudes and practice of physicians toward evidence-based medicine: A systematic review

Farzaneh Barzkar¹ | Hamid Reza Baradaran^{1,2} | Jalil Koochpayehzadeh¹

In conclusion, although many physicians have suboptimal knowledge and skills of EBM in their daily practice, the majority of them have a positive attitude toward the implementation of EBM. Their most important perceived barriers to the practice of EBM are lack of time and patient overload. The results of this systematic review reflect that there is a need for more widespread and effective educational programs on evidence-based practice emphasizing on teaching the skills as well as the knowledge to practice EBM.

Mensajes para la casa



Medicina Basada en la evidencia

*Experiencia
Clínica*

+

**Método
Científico**

+

**Los valores del paciente
para tomar decisiones.**



**En ese paciente o
Un Grupo pacientes
Con el mismo problema**



**Utilizando la mejor evidencia actual,
Metodológicamente aprobada
y criticada de manera formal antes de
decidir su uso”.**

Bases de la practica clínica

Base de las decisiones clínicas	Marcador	Fuente de medida	Unidad de medida
<u>Evidencia</u>	Ensayos clínicos aleatorizados	Meta – análisis	RR, Odds ratio
<u>Eminencia</u>	Brillo del cabello blanco (canas)	Luminómetro	Densidad óptica
<u>Vehemencia</u>	Nivel de estridencia	Audiómetro	Decibeles
<u>Elocuencia o elegancia</u>	Suavidad de la lengua	Teflómetro	Score de adhesina
<u>Providencia</u>	Nivel de fervor religioso	Sextante para medir genuflexión	Unidades de piedad
<u>Timidez</u>	Nivel de abatimiento	Nihilómetro	Cantidad de suspiros
<u>Nerviosismo</u>	Litigación del nivel de fobia	Cada prueba concebible	Balance en banco
<u>Confianza*</u>	Fanfarronería	Prueba del sudor	No sudoración

* Solo aplica para cirujanos

Issacs D et al. *BMJ* 1999;319:1618

***Los buenos médicos Tratan
muy bien una enfermedad***

William Osler

***Los médicos excelentes
tratan Muy bien Pacientes
con una enfermedad***



Pregunta PICO

La evidencia se busca preguntas contestables

1. PICO

*P*oblación, *I*ntervención, *C*omparador, “*O*uctome”

Recuperar los artículos

2. No hojeando pasivamente las revistas



COVID-19 Information

[Public health information \(CDC\)](#) | [Research information \(NIH\)](#) | [SARS-CoV-2 data \(NCBI\)](#) | [Prevention and treatment information \(HHS\)](#) | [Español](#)



Log in

PubMed.gov

 Search

Advanced

PubMed® comprises more than 33 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full text content from PubMed Central and publisher web sites.



Libros de Medicina en PDF [▲ ▼] BMV [▲ ▼]

- *Biblioteca Médica Virtual* -

Cómo leer un artículo científico

LAS BASES DE LA MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA

QUINTA EDICIÓN

TRISHA GREENHALGH



Hábitos

**Malos
Hábitos**



**Fáciles de adoptar
Vida difícil**

**Buenos
Hábitos**



**Difíciles de adoptar
Vida fácil**

**Primero hacemos los hábitos
Después los hábitos, nos hacen a nosotros**

☺



☺

☺

Muchas gracias!