

# Medicina basada en evidencia en gastroenterología: Introducción

Carolina Pavez O.<sup>1</sup> y Carlos Benítez G.<sup>1</sup>

## Evidence-based medicine in Gastroenterology: Introduction

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Correspondencia a:

Carolina Pavez O.  
Departamento de Gastroenterología  
Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Marcoleta 367  
Santiago  
Teléfono:  
56-2-3543820  
E-mail: cdpavez@uc.cl

### Introducción

A partir del mes de marzo de 2011 daremos inicio a una sección en la que pretendemos replicar iniciativas tales como el *Journal Club* del *American College of Physicians*.

El objetivo es poder llevar a cabo un trabajo que sea de utilidad tanto para el autor como para el resto de la comunidad gastroenterológica.

La medicina basada en la evidencia (MBE) surge como una necesidad de nuestros tiempos, en que la gran cantidad de información disponible hace imposible estar al día en todas las materias que pertenecen a nuestra área de especialización. Es por esto que creemos que es una herramienta útil para poder tomar decisiones en nuestra práctica clínica.

Queremos invitar a todos los residentes de gastroenterología y/o medicina interna con interés en esta área a que, apoyados por algún tutor, se motiven a enviar artículos a esta sección, que inicialmente estará destinada a trabajos del orden terapéutico. Esperamos contar con la participación de todos los centros formadores para consolidar una sección que sea de interés para residentes y miembros de la Sociedad Chilena de Gastroenterología. Estamos seguros de que esta sección servirá de apoyo en el proceso de formación continua y en la práctica clínica diaria.

### Formato de presentación y metodología de análisis crítico

El artículo a analizar debe ser de buena calidad metodológica (estudios clínicos controlados aleatorizados), relevante para la práctica clínica y reciente (últimos 12 meses).

El análisis crítico no debe superar las 1.500 palabras (incluyendo referencias), de acuerdo a la pauta de análisis que se entrega a continuación.

#### Formato

1. Título del artículo. Autores originales.
2. Autores de análisis y sus respectivas filiaciones.

3. Pregunta clínica.
4. Contexto: describir brevemente el problema y el conocimiento actual enfocado a la pregunta clínica.
5. Metodología
  - 5.1 Características generales.
    - 5.11 Pacientes: describir el tipo de pacientes que participaron en el estudio, incluyendo las características que estos debían cumplir para la inclusión (criterios de inclusión).
    - 5.12 Grupo de comparación.
    - 5.13 Intervención.
    - 5.14 Resultados (*outcomes*) primarios y secundarios.
  - 5.2 Evaluación de la validez interna.
    - 5.21 Diseño del estudio.
    - 5.22 Aleatorización (randomización).
    - 5.23 Análisis respecto de si las características basales de los grupos son similares en relación a variables conocidas y si amerita explicar.
    - 5.24 Ciego. Explicar si el estudio incluyó algún tipo de ciego y cuál.
    - 5.25 Seguimiento.
6. Resultados. Éstos deben expresarse según análisis de riesgo absoluto, relativo, número necesario para tratar y número necesario para dañar según corresponda (ver Tabla 1). Los resultados se deben expresar en forma resumida en una tabla.
7. Comentarios.
  - 7.1 Evaluar el riesgo de sesgo del estudio
  - 7.2 Relevancia de los resultados
  - 7.3 Aplicabilidad externa
8. Conclusiones. En forma breve referirse a las conclusiones del trabajo.
9. Referencias (de acuerdo al formato solicitado por revista Gastroenterología Latinoamericana).

Las fórmulas de análisis de los resultados están simplificadas en la Tabla 1. La explicación completa del cálculo de los resultados se encuentra disponible

**Tabla 1. Fórmulas de análisis de los resultados**

Riesgo Relativo (RR)	TEGE/TEGC
Reducción Riesgo Relativo (RRR)	(TEGE-TEGC) / TEGC
Reducción Riesgo Absoluto (RRA)	TEGE-TEGC
Número Necesario para Tratar (NNT)	1/RRA
Incremento del Riesgo Relativo (IRR)	(TEGE-TEGC) / TEGC
Incremento del Riesgo Absoluto (IRA)	TEGE-TEGC
Número Necesario para hacer Daño (NND)	1/IRA

TEGE: Tasa de eventos grupo experimental. TEGC: Tasa de eventos grupo control.

en un artículo de evaluación de estudios de tratamiento, publicado por Veas y cols en Revista Gastroenterología Latinoamericana con PDF de libre acceso desde el sitio web [www.sociedadgastro.cl](http://www.sociedadgastro.cl)<sup>1</sup>.

Sobre la base de este formato fueron analizados dos artículos considerados relevantes en la práctica médica de nuestra especialidad y de alta calidad metodológica para que sirvan de ejemplo para los análisis que serán publicados a futuro en esta sección. El primer artículo compara el riesgo de eventos adversos gastrointestinales con celecoxib *vs* diclofenaco más omeprazol<sup>2</sup>, y el segundo artículo evalúa el efecto del uso precoz de cortocircuito portosistémico intrahepático (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt-TIPS*) en el manejo de la hemorragia digestiva de origen variceal en pacientes cirróticos<sup>3</sup>.

## Referencias

- 1.- Veas E, Barrera F, Salas I, Espinoza M, Quintero JI, Soza A, et al. Evaluación de estudios de tratamiento: Utilidad de Pentoxifilina en el tratamiento de la hepatitis por alcohol grave. *Gastr Latinoam* 2004; 15: 208-18.
- 2.- Chan FK, Lanas A, Scheiman J, Berger MF, Nguyen H, Goldstein JL. Celecoxib *versus* omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet* 2010; 376: 173-9.
- 3.- García-Pagán JC, Caca K, Bureau C, Laleman W, Appenrodt B, Luca A, et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *N Engl J Med* 2010; 362: 2370-9.