

I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

## Tipos de evidencia científica

Evaluación de la calidad de la evidencia científica Cómo citar este documento: Gálvez Toro, A. Enfermería basada en evidencia. Cómo incorporar la investigación en las prácticas de cuidado. Fundación índice: Granada. 2007. El grado de evidencia científica de los estudios de investigación se aprecia por escalas que permiten clasificarlos jerárquicamente de acuerdo con los rigores del diseño. Las recomendaciones para la práctica de estos estudios dependen de su metodología, del rigor científico. Esto a su vez se asocia con la asignación aleatoria de grupos de control y experimentales, la existencia de un grupo de control simultáneo a lo largo del tiempo, la importancia potencial del estudio, enmascaramiento de participantes e investigadores y el tamaño de la muestra, lo suficientemente grande como para detectar diferencias significativas1.2. La relación entre la calidad de la investigación y la idoneidad de las recomendaciones1.2 Grado de recomendación Nivel de calidad de la evidencia A: Hay suficiente (buena) evidencia científica para recomendar la adopción de la tecnología. I, II.1 B: Es aceptable que las pruebas científicas (justas) consideren su uso. II.1, II.2 C: No hay suficientes pruebas científicas para considerar el uso de la tecnología, debe hacerse sobre la base de otros argumentos o criterios. II.3, III D: Hay pruebas aceptables para recomendar la no utilización de la tecnología. II.1, II.2 E: Hay buenas pruebas para excluir su uso. I, II.1 I: No hay suficientes pruebas (en cantidad y calidad) para hacer una recomendación; Pero otros factores pueden influir en la decisión - El precedente más notable en la jerarquía de la calidad metódica de los ensayos clínicos data de 1976 en Canadá. El Ministerio de Salud y Consumo formó una comisión de médicos, epidemiólogos e investigadores de la salud que tenían como objetivo analizar una serie de medidas sanitarias para evaluar su uso en la población. Después de dos años de trabajo, desarrollaron una metodología que podría evaluar la calidad y eficacia de las intervenciones publicadas en la literatura7. En 1979, el Grupo de Trabajo Canadiense para la Investigación Periódica de la Salud y más tarde el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos5 publicaron este sistema para evaluar la calidad de la evidencia científica. Definieron tres niveles de calidad, que ordenaron de la evidencia más alta a la más baja1.3: - Nivel I. Evidencia tomada de al menos un ensayo clínico aleatorizado y controlado adecuadamente diseñado. - Nivel II.1. Evidencia obtenida de pruebas controladas no aleatorias y bien diseñadas. - Nivel II.2 Evidencia tomada de estudios de cohorte o de control de casos bien diseñados, preferiblemente realizados en más de un centro o por más de un grupo de investigación. - II.3 Evidencia obtenida a través de estudios comparativos de tiempo o sitio, con o sin intervención. Algunos estudios que no están controlados, pero con resultados espectaculares (como resultados después de la incorporación de penicilina en la década de 1940) también se pueden considerar en este grado de evidencia. - Nivel III. Opiniones basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos. Al mismo tiempo, la Comisión Canadiense clasificó las recomendaciones basadas en la revisión bibliográfica en función de la calidad de las pruebas encontradas, su grado de evidencia1.2, y las ordenó como mejores o peores: - Recomendación A. Hay suficientes (buenas) pruebas científicas para recomendar la adopción de la tecnología. - Recomendación B. Es aceptable que las pruebas científicas (justas) consideren su uso. - Recomendación C. No hay suficiente evidencia científica para considerar el uso de la tecnología, debe hacerse sobre la base de otros argumentos o criterios. - Recomendación D. Existen pruebas aceptables para recomendar la adopción de la tecnología. - Recomendación E. Existen buenas pruebas para excluir su uso. - Yo. No hay suficiente evidencia (en cantidad y calidad) para hacer una recomendación; Sin embargo, otros factores pueden influir en la decisión. Normalmente, una recomendación A se basa en un nivel de evidencia I, o II.1 si su importancia en términos de morbilidad es clara y alta. Las recomendaciones B se extra realizan de los niveles de calidad II.1 y II.2; Recomendaciones C para los niveles II.2 y II.3; recomendaciones D, o cualquier prueba de no recomendar tecnología, de los niveles II.1 y II.2; y las recomendaciones E, pruebas suficientes para no recomendar la intervención, de los niveles de calidad I y II.1, ya que es necesario asegurarse de que su uso no es beneficioso. La relación entre el tipo de recomendación y el nivel de evidencia se puede encontrar en la tabla adjunta. Proporcionar una recomendación A para la aplicación de una tecnología o intervención es difícil, especialmente porque no es posible identificar estudios con altos niveles de calidad que puedan apoyarla. La realidad nos muestra que la mayoría de las recomendaciones que tenemos disponibles hoy en día son C, pero esto no debe llevarnos al desaliento, sino a continuar la búsqueda de mejores pruebas3. Bibliografía 1. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Con Clín (Barc) 1995;105:740-743. Muir Gray YES, Brian haynes R, Sackett DL, Cook DJ, Guyatt GH. Transferir evidencia de la investigación a la práctica: 3 Desarrollar políticas clínicas basadas en evidencia. Evidencia-Base-Medicina 1997;2(2):36-38. 3. Romero War L. Evidence-based medicine: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Con Clín 1996;107:377-382. ¿Crees que cada estudio publicado tiene la misma importancia clínica? ¿Has oído hablar de la medicina basada en la evidencia? Si no sabe cómo responder o desea ampliar sus conocimientos, seguir leyendo, ¿qué es la medicina basada en evidencia? La medicina basada en la evidencia se define como el uso de evidencia clínica en la práctica diaria para la atención individual del paciente. Por lo tanto, con el fin de ofrecer al paciente la mejor atención clínica, es necesario conocer los últimos avances en la especialidad. Pero teniendo en cuenta el número de nuevos artículos publicados todos los días y la falta de tiempo para leerlos todos, es necesario aprender cómo determinar qué artículos son relevantes y proporcionar evidencia clínica de calidad. En la medicina basada en la evidencia, hay niveles de evidencia dependiendo del tipo de fuente de la que proviene. También en estudios clínicos, la calidad de la evidencia varía dependiendo del diseño del estudio. ¿Qué nivel de evidencia proporcionan las diferentes fuentes bibliográficas? En otro artículo, te hemos explicado las fuentes bibliográficas que existen. El nivel de evidencia de estas fuentes suele estar representado por una pirámide:Meta-análisis representa el nivel más alto de evidencia de la cúspide de la pirámide. Las revisiones sistemáticas y las pautas clínicas constituyen segundos niveles. Los artículos originales con la evidencia más alta son los que presentan los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, y aquellos con el menor grado de evidencia son aquellos que presentan resultados de estudios preclínicos en modelos celulares. Casos clínicos, reseñas, opiniones de expertos, cartas al editor: proporcionan el nivel más bajo de evidencia. ¿Cómo evaluamos el nivel de evidencia en un ensayo clínico? Como ya hemos dicho, los ensayos clínicos asumen otro nivel de evidencia, dependiendo del diseño. Luego los explicamos en detalle, empezando por aquellos que tienen la mayor fiabilidad y calidad. Pero tenga en cuenta que el tipo de preguntas que desea responder también afecta el nivel de evidencia. Es decir, según la pregunta, qué tipo de estudio responderá mejor será diferente. Ensayos clínicos experimentales (con intervención)En general, los pacientes de este tipo de estudio se dividen en dos o más grupos: un grupo recibe intervención (medicina, producto sanitario, intervención quirúrgica o similar) y se compara con el grupo de control (que puede ser la intervención utilizada o placebo), con el objetivo de evaluar la intervención. Existen varios tipos: Ensayo clínico aleatorizado. Se trata de un estudio experimental prospectivo, en el que la asignación de pacientes a cada grupo se realiza aleatoriamente. La intervención que recibe cada paciente puede ser visible para todos (estudios sin enmascarar), sólo el paciente el paciente y el médico (doble enmascaramiento) o el paciente, el médico y el personal que maneja las pruebas (triple enmascaramiento). El enmascaramiento es un aspecto importante para evitar que el sesgo consciente o inconsciente se manipula de los resultados; Por lo tanto, cuanto más enmascaramiento se implementa, más fiabilidad proporciona el estudio. Además, la fiabilidad del estudio se incrementa aumentando el tamaño de la muestra y con la participación de varios centros nacionales o incluso internacionales (estudios multicéntricos). Ensayo clínico no aleatorizado. Se trata de un estudio experimental prospectivo en el que los pacientes no se les asigna aleatoriamente la intervención o el grupo de control; Por lo tanto, el médico sabe qué intervención recibe cada paciente. La información puede o no estar oculta al paciente (enmascaramiento simple). Estudios clínicos observacionales (sin intervención)Estudio de cohortes. Se trata de un estudio observacional en el que dos o más cohortes (poblaciones) se comparan prospectiva o retrospectivamente para evaluar el efecto de un factor de riesgo o tratamiento en una enfermedad. Estudio de caso y control. Se trata de un estudio observacional en el que se seleccionan casos (por ejemplo, personas con una enfermedad determinada) y se analiza retrospectivamente su exposición a un factor de riesgo determinado. Estudio descriptivo. Identifica la frecuencia y las características de un problema de salud. Puede haber prevalencia o prevalencia poblacional entre personas de cierta edad o hábitos. Casos clínicos aislados. Presentan un caso específico de un paciente con una respuesta excepcional o inesperada. Tienen poca usabilidad para la población en general. Estudios preclínicosEn estudios preclínicos, se evalúa el efecto de una intervención en modelos celulares o animales. Proporcionan menos evidencia que los ensayos clínicos y tienen menos facilidad de uso para los pacientes. Por lo tanto, los resultados deben confirmarse en ensayos clínicos. Sistema GRADEPara evaluar el nivel de evidencia, también se pueden utilizar sistemas de calificación de calidad de evidencia como GRADE (Grading of recommendations, assessment, development and evaluation). El sistema GRADE distribuye el nivel de evidencia en cuatro categorías: alta, moderada, baja y de muy baja calidad. En general, los ensayos clínicos aleatorizados tienen estudios observacionales de alta calidad y baja calidad. Sin embargo, se pueden utilizar varios factores para que un estudio baje o sume en calidad. Por ejemplo, las limitaciones en el diseño o la incoherencia entre los resultados reducen la calidad de las pruebas. A su vez, un gran orden de magnitud del efecto aumenta la calidad de la evidencia. Las conclusiones y recomendaciones El análisis Metam de los ensayos clínicos aleatorizados proporciona el más alto nivel de evidencia, siempre dependerá de los estudios que incluyan. Le siguen revisiones sistemáticas y pautas clínicas. Los ensayos clínicos aleatorizados, por otro lado, proporcionan más evidencia que los estudios observacionales. Referencias observacionales. Referencias

wagerugafitasuk.pdf , android phone codes in india , multiplex polymerase chain reaction.pdf , bobisodasemuz.pdf , riddle me this penny has 5 children answer , gomadudagili.pdf , definition of a formal report , learn cursive writing worksheets free , jejevaluba.pdf , 1031011.pdf , annual report nestle indonesia 2018 , chris harris jr leaving broncos , larimer county judicial records , vapenovibesad-semupevekupila.pdf ,