

Cartas científicas

¿Evidencia 1 A con recomendación A?,
o ¿1++ con recomendación B?
¿Qué entendemos realmente sobre
los niveles de evidencia y los grados de
recomendación? Parte III



*Evidence 1 A with recommendation A?,
or 1 ++ with recommendation B?
What really understand about the levels of
evidence and grades of recommendation? Part III*

Estimado director:

Creo que es razonable comenzar a explicar o dar mayores detalles sobre la clasificación utilizada por el grupo de trabajo GRADE o “*Clasificación de la Evaluación, Desarrollo y Valoración de las Recomendaciones*”, la cual fue expuesta previamente en la presente sección de la revista.

A continuación mencionaré detalles y definiciones breves sobre cada punto a evaluar según GRADE:

a) Definir el grupo objetivo: este ítem, principalmente consiste en identificar/definir la población objetivo o problema clínico de interés. También debemos tener claro el tipo de tratamiento que nos interesa. En algunas ocasiones es necesario tener una comparación, pero no es una obligación. (*El siguiente ejemplo será sacado de un resumen de revisiones sistemáticas de estudios clínicos aleatorizados*³). Comenzamos a definir la población de nuestro interés:

- Población/problema de interés: pacientes con epicondilitis.
- Intervención: láser de baja frecuencia.
- Comparación: (en este caso no hay comparación/no fue de nuestro interés).

b) Resultado de interés (resultado): en este punto, como clínicos debemos identificar los desenlaces de interés y evaluar su implicación. Por tal motivo, debemos llevar a cabo un listado con 9 desenlaces de interés clínico (*se debe realizar una subdivisión entre ellos: “1-3 no importantes”, “4-6 importantes”, 7-9 críticos”*).

Nota: los resultados clasificados como “no importantes” no se podrán utilizar para entregar recomendaciones.

Siguiendo con el ejemplo mencionado anteriormente³, los resultados de interés fueron los siguientes (por motivos pedagógicos se utilizarán cuatro resultados de interés (*3 críticos y 1 importante*):

Resultados de interés críticos:

- Alivio del dolor a corto plazo, evaluado con EVA (0 – A 100 mm); seguimiento (0 – 3 semanas).
- Alivio del dolor a largo plazo, evaluado con EVA (0 – A 100 mm); seguimiento (3 – 8 semanas).
- Mejora general a corto plazo, evaluado con DASH; seguimiento (0 – 3 semanas).

Resultados de interés importante:

- Mejora general a largo plazo, evaluado con DASH; seguimiento (3 – 8 semanas).

c) Valorar la evidencia: la valoración de la evidencia consiste en que debemos tener claridad sobre la magnitud del efecto estimado y su calidad para cada uno de los resultados de interés seleccionados como “*críticos e importantes*”. Según la jerarquía de la evidencia orientada a la terapia (*también conocida como la pirámide de la evidencia*), encontramos que los estudios clínicos aleatorizados (ECA) presentan el nivel más elevado dentro de la jerarquía (considera que presenta un menor riesgo de sesgo; sesgo lo podemos definir como un error voluntario e involuntario que puede ocurrir de forma bidireccional, *dependiendo del diseño metodológico*); el problema que conlleva es que la magnitud real de la estimación del efecto se podría ver alterada (*sobreestimar o subestimar*). Según la pirámide de la evidencia seguirían los estudios observacionales. Este punto finaliza con la evaluación global de la evidencia, donde se debe considerar lo siguiente:

- Alta calidad: es poco probable que investigaciones adicionales cambien nuestra confianza en la estimación del efecto. Hay suficientes datos con intervalos de confianza estrechos.
- Moderada calidad: es probable que investigaciones adicionales tengan un impacto importante en la confianza de la estimación del efecto y puedan cambiar la estimación.
- Baja calidad: es muy probable que investigaciones adicionales tengan un impacto importante en la confianza de la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.

- Calidad muy baja: presenta una gran incertidumbre sobre la estimación del efecto.
- Ninguna evidencia: no hay evidencia de ECA.

Para poder hacer más gráfica la explicación del punto c), revisar la tabla I³.

d) Beneficios, riesgos y costes: una vez realizada la evaluación de la evidencia, como clínicos debemos centrar nuestra atención en los potenciales “beneficios”, “riesgos” y “costes” que puede conllevar la aplicación de la intervención. En otras palabras, debemos poner en una balanza los puntos mencionados anteriormente; así podremos ver si es plausible justificar la decisión clínica. Un punto fundamental para todo clínico es respetar siempre los valores y preferencias de los pacientes.

- e) Dirección y fuerza de la recomendación: dentro de la metodología GRADE existen dos categorías “relativas” a la dirección de la recomendación, que pueden ir “a favor o en contra” de la aplicación de una intervención, y también puede ser “relativa” hacia la fuerza de recomendación “fuerte y débil”; por lo tanto, presenta cuatro categorías en el momento de entregar la dirección y fuerza de la recomendación:
- Fuerte a favor.
 - Débil a favor.
 - Débil en contra.
 - Fuerte en contra.

Siguiendo con nuestro ejemplo (ver tabla I), la dirección y fuerza de la recomendación para cada resultado de interés serían las siguientes:

Tabla I <i>Resumen de la evidencia</i>					
<i>Paciente o población: pacientes con epicondilitis lateral. Escenario: Universidad Santo Tomás. Intervención: terapia láser</i>					
<i>Resultados</i>	<i>Ilustración de riesgo comparativo* (95% CI)</i>		<i>Efecto relativo (95% CI)</i>	<i>N.º de participantes (estudios)</i>	<i>Calidad de la evidencia (GRADE)</i>
	<i>Riesgo asumido</i>	<i>Riesgo correspondiente</i>			
Alivio del dolor EVA. Escala de: 0 a 100 mm. Seguimiento: 3 semanas promedio	El alivio promedio del dolor en los grupos de control fue 10,8 mm	El alivio promedio del dolor en el grupo de intervención fue 0,58 más alto (0,14 a 1,03 más alto)	10,22 mm	425 (9 estudios)	Muy bajo
Alivio del dolor EVA. Escala de: 0 a 100 mm. Seguimiento: 8 semanas promedio	El alivio promedio del dolor en los grupos de control fue 17,15 mm	El alivio promedio del dolor en el grupo de intervención fue 0,75 desviación estándar más alta (0,28 a 1,21 más alto)	16,4 mm	187 (5 estudios)	Muy bajo
Mejora general DASH. Seguimiento: 3 semanas promedio	Población de estudio 467 por 1.000 moderado	766 por 1.000 (653 a 851)	OR 3,73 (2,15 a 6,50)	246 (5 estudios)	Muy bajo
Mejora general DASH. Seguimiento: 8 semanas promedio	Población de estudio 500 por 1.000 moderado	840 por 1.000 (660 a 1.000)	RR 1,68 (1,32 a 2,13)	171 (3 estudios)	Muy bajo
Evento adverso - no reportado	–	–	No estimable	–	–

*La base para el riesgo asumido (por ejemplo, la mediana del grupo de control de riesgo entre los estudios) se presenta en el pie de página. El riesgo correspondiente (y su 95% del intervalo de confianza) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su 95% CI).

CI: intervalo de confianza; RR: riesgo relativo; OR: *Odds ratio*.

Alta calidad: aunque se hicieran más investigaciones es muy poco probable que cambie nuestra confianza en la estimación del efecto. Moderada calidad: la investigación adicional es probable que tenga un impacto importante en nuestra confianza sobre la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. Baja calidad: la investigación adicional es muy probable que tenga un impacto importante en nuestra confianza sobre la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. Muy baja calidad: no estamos muy seguros sobre la estimación.

Para los resultados de interés críticos:

<i>Resultado de interés crítico</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Dirección y fuerza de la recomendación</i>
Alivio del dolor	0 – 3 semanas	Débil a favor
Alivio del dolor	3 – 8 semanas	Débil a favor
Mejora general	0 – 3 semanas	Débil a favor
<i>Resultado de interés importante</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Dirección y fuerza de la recomendación</i>
Mejora general	3 – 8 semanas	Débil a favor
Cualquier evento adverso	---	---

f) Se finaliza con la redacción de las recomendaciones y su justificación (*en el ejemplo no se realizó la redacción de las recomendaciones, esto es debido a que tanto una revisión sistemática como un resumen de revisiones sistemáticas no entregan recomendaciones*).

Referencias

1. West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKey N, Sutton SF, *et al*. Systems to rate strength of scientific evidence. *AHRQ* 2002; 47.
2. González de Dios J. Niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones: necesidad de homogenización. *Espacio asma* 2010; 3: 24-8.
3. Aguilera Eguía RA, Zafra Santos EO, Rojas López DK, Saavedra Rozas PA, Cofre Bolados C. Efectividad del láser de baja frecuencia en el tratamiento del dolor en pacientes con epicondilitis lateral: una visión de conjunto de revisiones sistemáticas. *Rev Soc Esp Dolor* 2015; 22(1): 39-47.

Raúl Aguilera-Eguía¹

¹Facultad de Ciencias de la Actividad Física, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

Correspondencia: Raúl Aguilera-Eguía.
Facultad de Ciencias de la Actividad Física,
Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
E-mail: kine.rae@gmail.com

Recibido: 9-VI-2015.
Aceptado: 12-IX-2015.

DOI:10.3305/nh.2015.32.6.9381