

## Cartas al director

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



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

### Señor director:

Estas últimas décadas han estado marcadas por un incremento exponencial de la información biomédica publicada y la posibilidad de acceso a los canales de información. Esto puede ser beneficioso pero a su vez perjudicial si no sabemos, o no tenemos la capacidad, de analizar críticamente un artículo científico.

Considerar si un tratamiento resulta “adecuado” en un paciente particular equivale a establecer si existe o no un grado razonable de certeza de que el balance entre los beneficios, los eventos adversos y los costes de dichos resultados sean lo suficientemente favorables como para que merezca la pena su aplicación.

En la toma de decisión clínica existen dos conceptos claves que se relacionan y complementan entre sí, pero que se ocupan de aspectos totalmente distintos, son: la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación. Se entiende por nivel de evidencia “*hasta qué punto nuestra confianza en la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación*” y la fuerza de recomendación “*indica hasta qué punto podemos confiar si poner en práctica la recomendación y si esta conlleva más beneficios que riesgos*”.

El primer intento para introducir “rigor” y “transparencia” en la jerarquización de la evidencia fue realizado por la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)<sup>1</sup>, adaptado posteriormente por la United State Preventive Services Task Force (USPSTF)<sup>2</sup>. Desde entonces, numerosas organizaciones e instituciones han ido desarrollando sus propios sistemas jerárquicos con la intención de estandarizar un lenguaje común en el momento de expresar la decisión clínica.

Las escalas pueden utilizar letras (A, B, C, etc), números (I, II, III) o una combinación de ambos (Ia, Iib, IIa, etc). A modo de ejemplo, consideremos la evaluación metodológica y los “niveles de evidencia” y “grado de recomendación” de un estudio clínico aleatorizado<sup>3</sup>. Según la valoración de su validez interna, presenta un *score* 8/10 (según la escala de PEDro). En la evaluación de los niveles de evidencia y grados de recomendación encontramos lo siguiente: CTFPHC (IA); SIGN (I++A); Oxford (Ib – A); USPSTF (Moderada A); NICE (I+A); Van tulder (Moderada evidencia); Podemos concluir que existe una disparidad entre las escalas que evalúan el nivel de evidencia y los grados de recomendación (*aun analizando el mismo diseño metodológico, la disparidad entre escalas perfectamente se podría traducir en diferencias en los criterios de graduación, reproducibilidad e interpretación de los grados de recomendación, lo que puede confundir e incrementar la incertidumbre en el momento de tomar una decisión clínica, en este caso particular todas las escalas mencionan que el estudio según su diseño es bueno y recomendarían totalmente su aplicabilidad*). Antes de finalizar les debo comentar que el estudio clínico utilizado en el ejemplo presentó eventos adversos y no se respetó el protocolo planteado en un inicio, es decir, existió cointervención en los tres grupos considerados.

Con el paso de los años, diferentes organizaciones han intentado estandarizar la clasificación de la evidencia y la fuerza de la recomendación para así poder equilibrar, dar claridad y poder disminuir la incertidumbre que se genera en el momento de tomar una decisión clínica. Por tal motivo, en el año 2000, se creó la iniciativa GRADE. Este enfoque nace para desarrollar un método común y razonable a la hora de graduar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación.

### 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. Nynke S, Van der windt D, Assendelft WJ, Deville WL, Korthals-de bos IB, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 657-62.

Raúl Aguilera-Eguía

*Facultad de Ciencias de la Actividad Física, Universidad  
San Sebastián, Santiago (Chile).*

**DOI:10.3305/nh.2015.32.3.9327**

---

**Correspondencia:** Raúl Aguilera-Eguía.  
Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile.  
E-mail: kine.rae@gmail.com

Recibido: 30-V-2015.  
Aceptado: 1-VII-2015.