

20

OTRAS CLASIFICACIONES

OTRAS CLASIFICACIONES

FACTORES ESTRESANTES PARA EL PERSONAL DE UCI

Factores estresantes para los médicos	Factores estresantes para enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sueño • Exceso de guardias • Manejo del material de alta tecnología • Tratar con la muerte • Tratar con pacientes crónicos/críticos • Sentimiento de responsabilidad hacia los familiares de los pacientes • Preparación ética limitada • Exposición a enfermedades contagiosas • Protocolos de procedimientos complejos o invasivos • Sobrecarga de información • Miedo a la mala praxis 	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de trabajo (relación paciente/enfermero elevada) • Escaso tiempo para responder a las necesidades emocionales de pacientes y familiares • Tratar con la muerte • Tratar con prolongaciones innecesarias de la vida • Manejo del material de alta tecnología • Horarios imprevisibles • Trabajo en ambientes agresivos (ruido, luces...) • Conflictos administrativos • Sentimiento de impotencia/ inseguridad

Gonzales JJ, Stern TA. *Recognition and management of staff stress in the ICU.* Rippe JM, Irwin RS, Fink MP, Cerra FB (eds.): *Intensive Care Medicine* (3rd ed). Little, Brown: 2533-2539.

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ACC/AHA PRACTICE GUIDELINES

- Clase I:** existe acuerdo general de que se trata de una medida ÚTIL, BENEFICIOSA Y EFECTIVA
- Clase II:** diversas opiniones (controversia) en relación a una medida.
- II a.-** la mayoría, de acuerdo con los datos disponibles, piensa que puede ser útil y eficaz
- II b.-** gran número de opiniones en contra de que la medida sea útil
- Clase III:** existe un acuerdo general de que la medida no es útil o efectiva y puede resultar dañina.

NIVELES DE EVIDENCIA

- Nivel de evidencia A:** existen múltiples ensayos clínicos randomizados que lo apoyan
- Nivel de evidencia B:** existe al menos un estudio randomizados que lo avala o bien se basa en estudios no randomizados
- Nivel de evidencia C:** consenso de expertos

NIVELES DE EVIDENCIA PARA RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS

- Nivel de evidencia A:** los datos derivan de múltiples estudios prospectivos de cohortes, que utilizaron una referencia estándar, aplicada por un evaluador oculto.
- Nivel de evidencia B:** los datos derivan de un único estudio nivel A, o de uno o más estudios caso-control, o de estudios que utilizaron una referencia estándar, aplicada por un evaluador no oculto.
- Nivel de evidencia C:** Consenso de expertos

ACC/AHA Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction—2002 : Summary Article A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Circulation* 2002;106;1893-1990.

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ESC GUIDELINES

- Clase I:** existe evidencia o acuerdo general en que un determinado diagnóstico, procedimiento o tratamiento es ÚTIL, BENEFICIOSO Y EFECTIVO.
- Clase II:** conflicto de evidencia y/o divergencia de opinión sobre la utilidad o eficacia del tratamiento:
- II a.-** la mayoría, de acuerdo con los datos disponibles, piensa que puede ser útil y eficaz
 - II b.-** la evidencia del beneficio o eficacia de la opinión o evidencia gran está menos establecida.

NIVELES DE EVIDENCIA

- Nivel de evidencia A:** datos derivados de múltiples ensayos clínicos randomizados o de meta-análisis.
- Nivel de evidencia B:** datos derivados de un ensayo clínico randomizado o de grandes ensayos clínicos no randomizados.
- Nivel de evidencia C:** consenso u opinión de expertos y/o pequeños ensayos, estudios retrospectivos o registros.

Bassand JP. Improving the quality and dissemination of guidelines: the quest for the Holy Grail. *Eur Heart J* 2000 21: 1289-1290.

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA TOMA DE DECISIONES

NIVELES DE EVIDENCIA

Evidencia de nivel	TIPO DE ESTUDIO
I	Estudios adecuadamente aleatorizados, con elevado número de casos, y resultados concluyentes. Baja probabilidad de falsos positivos (error α) y negativos (error β)
II	Estudios adecuadamente aleatorizados, con bajo número de casos, y resultados no concluyentes. Alta o moderada probabilidad de falsos positivos (error α) y/o negativos (error β)
III	Estudios no aleatorizados, con grupo control en el mismo período
IV	Estudios no aleatorizados, con controles históricos o estudios tipo opinión de expertos
V	Series de casos o estudios sin grupo control

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIO PARA TOMA DE DECISIONES

Grados de recomendación	Concepto
A	Evidencia adecuada para recomendar una actitud o cambio de la misma
B	Evidencia relativa o no totalmente concluyente para recomendar una actitud o cambio de la misma
C	Evidencia científica insuficiente que no permite recomendar una actitud o cambio de la misma: La decisión se basará en otros criterios
D	Evidencia científica parcial que permite recomendar que no se adopte determinada actitud
E	Evidencia científica que permite recomendar firmemente que no se adopte determinada actitud

Álvaro R, Micó M. Apéndices y ecuaciones. En Abizanda Campos R. *Guía del Residente en la UCI. Astra-Zeneca 2005.*

CLASIFICACIONES DE INTERÉS HISTÓRICO

TÉRMINOS DE USO HABITUAL EN EPIDEMIOLOGÍA Y PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Resultado de la prueba	Presente	Ausente
Positivo	a = positivo verdadero	b = positivo falso
Negativo	c = negativo falso	d = negativo verdadero

	ESTADO DE LA ENFERMEDAD	
Prevalencia (probabilidad previa)	$= (a+c)/(a+b+c+d)$	= todos los pacientes con la enfermedad/todos los pacientes investigados
Sensibilidad	$= a/(a+c)$	= resultados positivos verdaderos/todos los pacientes con la enfermedad
Especificidad	$= d/(b+d)$	= resultados negativos verdaderos/todos los pacientes sin enfermedad
Tasa de negativos falsos	$= c/(a+c)$	= resultados negativos falsos/todos los pacientes con la enfermedad
Tasa de positivos falsos	$= b/(b+d)$	= resultados positivos falsos/todos los pacientes sin la enfermedad
Valor predictivo positivo	$= a/(a+b)$	= resultados positivos verdaderos/todos los pacientes con resultados positivos
Valor predictivo negativo	$= d/(c+d)$	= resultados negativos verdaderos/todos los pacientes con resultados negativos
Exactitud global	$= (a+d)/(a+b+c+d)$	= resultados positivos verdaderos + negativos verdaderos/total de pruebas efectuadas

Goldman L. Aspectos cuantitativos del juicio clínico. En: Harrison: Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill-Interamericana de España S.A., 14ª Edition. 1998: 10-16

CRITERIOS DE HORWITZ FEINSTEIN PARA LA EVALUACIÓN METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS CASO-CONTROL

1. ¿Especificación y definición precisa de exposición y caso?
2. ¿Recogida "a ciegas" (no sesgada) de datos?
3. ¿Equivalencia anamnésica entre casos y controles?
4. ¿Mismos criterios de exclusión aplicados a casos y controles?
5. ¿Igual examen diagnóstico?
6. ¿Similar vigilancia diagnóstica?
7. ¿Características demográficas y probabilidad de selección parecidas?
8. ¿Igual susceptibilidad clínica (magnitud de la exposición) en casos y en controles?

9. ¿Control sobre la presencia de "sesgo protóptico" (enfermedad no reconocida o en fase subclínica antes de la exposición al agente de estudio)?
10. ¿"Controles poblacionales" para evitar la aparición de sesgo de Berkson?

Horwitz RI, Feinstein AR. Methodologic standards and contradictory results in case control research. *Am J Med* 1979; 66: 556-564.

GUÍAS DE LOS USUARIOS DE UN ARTÍCULO SOBRE EL PRONÓSTICO

1. ¿Son válidos los resultados del estudio?
 - 1.1. Criterios primarios:
 - 1.1.1. ¿Fue una muestra representativa y bien definida de pacientes en un momento similar en el curso de la enfermedad?
 - 1.1.2. ¿Fue el seguimiento lo suficientemente prolongado y completo?
 - 1.2. Criterios secundarios:
 - 1.2.1. ¿Se utilizan criterios objetivos y no sesgados de resultados?
 - 1.2.2. ¿Se llevó a cabo un ajuste para los factores pronósticos importantes?
2. ¿Cuáles son los resultados?
 - 2.1. ¿Cuán amplia es la probabilidad del (los) acontecimiento(s) en un período de tiempo especificado?
 - 2.2. ¿Cuán precisas son las estimaciones de la probabilidad?
3. ¿Me ayudan los resultados en la asistencia a los pacientes?
 - 3.1. ¿Fueron los pacientes del estudio similares a los míos?
 - 3.2. ¿Conducen directamente los resultados a seleccionar o a evitar el tratamiento?
 - 3.3. ¿Son útiles los resultados para tranquilizar o aconsejar a los pacientes?

Laupacis A, Wells G, Richardson WS, Tugwell P, por el Evidence Based Medicine Working Group. Guías para usuarios de la literatura médica. V Cómo utilizar un artículo sobre el pronóstico. *JAMA* 1994; 272: 234-237.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE UN ARTÍCULO SOBRE TRATAMIENTO

1. ¿Son válidos los resultados del estudio?
 - 1.1. Criterios primarios:
 - 1.1.1. ¿Se ha realizado de manera aleatoria la asignación de los tratamientos a los pacientes?
 - 1.1.2. ¿Se han tenido en cuenta adecuadamente todos los pacientes incluidos en el ensayo y se los ha considerado a la conclusión del mismo?
 - 1.1.3. ¿Se ha realizado seguimiento completo?
 - 1.1.4. ¿Se han analizado los pacientes en los grupos a los que fueron asignados aleatoriamente?
 - 1.2. Criterios secundarios:
 - 1.2.1. ¿Se ha mantenido un diseño "ciego" respecto al tratamiento aplicado, en cuanto a los pacientes, los clínicos y el personal del estudio?
 - 1.2.2. ¿Eran similares los grupos al inicio del estudio?
 - 1.2.3. Aparte de la intervención experimental ¿se ha tratado a los grupos de la misma forma?

2. ¿Cuáles son los resultados del estudio?
 - 2.1. ¿Cuál ha sido la magnitud del efecto del tratamiento?
 - 2.2. ¿Con qué precisión se ha estimado el efecto del mismo?
3. ¿Me ayudan los resultados en la asistencia a los pacientes?
 - 3.1. ¿Pueden aplicarse los resultados a la asistencia de mi paciente?
 - 3.2. ¿Se han considerado todos los resultados clínicamente importantes?
 - 3.3. ¿Compensan los probables beneficios del tratamiento los posibles efectos nocivos y costes del mismo?

Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, por el Evidence Based Medicine Working Group. Guías para usuarios de la literatura médica. II Cómo utilizar un artículo sobre tratamiento o prevención. JAMA 1993; 270: 2598-2601.