

# Puterea recomandarii (Strength-of-Recommendation Taxonomy = SORT)

Cod	Definitie
Sort A	Dovezi* orientate spre pacient (POE**) solide, de buna calitate
Sort B	Dovezi orientate spre pacient (POE**) inconstante sau de calitate mai slaba
Sort C	Consens, dovezi orientate spre boala (DOE**), practica uzuala (fara dovezi), opinia expertului, serii de cazuri

\* Dovezile provin din studii clinice. Cu cat studiul este de calitate mai buna, cu atat ne indoim mai putin de rezultatele lui si invers, cu cat studiul este de calitate mai slaba, cu atat ne indoim mai mult si este posibil ca cercetarile ulterioare sa le infirme. Validitatea studiilor scade pe masura ce coboram spre baza piramidei studiilor (de fapt, la nivelul cel mai de jos se afla cercetarea de laborator si opinia medicului, care, chiar daca acesta este un expert, nu se bizuie pe dovezi de buna calitate):

Nivelul dovezii (piramida studiilor)

- I. Studii clinice randomizate
- II. Studii de cohortă
- III. Studii caz-martor
- IV. Studii de caz & serii de cazuri
- V. Studii de laborator, opinia expertului

\*\* Dovezile orientate spre pacient (POE) provin din studii la care efectele masurate au fost importante pentru pacient: morbiditate, mortalitate, imbunatatirea simptomelor, calitatea vietii (efecte **hard**). Dovezile orientate spre boala (DOE) provin din studii la care au fost masurate efecte imediate, fiziologice (*surogat*), care pot sau nu pot neaparat sa reflecte imbunatatirea sau prelungirea vietii pacientilor (de ex. tensiunea arteriala, analize biochimice - colesterol, glicemie, creatinina, proteinurie etc.). De exemplu, pacientul nu simte cat de mare este colesterolul in sange, asadar medicamentele care scad colesterolul nu ii influenteaza starea de sanatate. Totusi, studiile au aratat (si asta stiu, deja, si pacientii) ca, cu cat este colesterolul mai mare, cu atat este mai mare riscul de boala coronariana si infarct miocardic, si atunci este logic sa ne gandim (si noi, si pacientul) ca daca un studiu a aratat ca medicamentul X a sczut colesterolul, atunci el probabil scade si riscul de boala coronariana si infarct miocardic, si ne multumim cu aceste studii care au masurat efecte surogat (scaderea colesterolului). Totusi, lucrurile nu se petrec asa, stim foarte bine ca exista medicamete care scad colesterolul si nu scad riscul cardiovascular (clofibratul, desi scade colesterolul, a crescut mortalitatea); altele care, desi scad glicemia, nu scad mortalitatea cardiovasculara (aproape toate); altele care, desi scad numarul de crize anginoase, nu previn infarctul de miocard; altele care, desi cresc densitatea osoasa, nu scad riscul de fracturi; altele care, desi scad numarul de extrasistole ventriculare, cresc mortalitatea prin aritmii cardiace etc. De aceea, pentru a fi siguri de efectul important (**hard**) al unui medicament, este nevoie de studii care sa masoare acest efect.