



Carta al Editor

¿REVISIÓN SISTEMÁTICA?, ¿METAANÁLISIS? O ¿RESUMEN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS?

Sr. Editor:

Actualmente existe una gran cantidad de información biomédica, lo que limita en gran medida que los clínicos puedan estar actualizados en su área de interés. Se ha estimado que cada año se publican alrededor de 6.000 artículos en revistas biomédicas (*estos datos no contemplan la cantidad de investigaciones que se publican en la literatura gris*). Considerando lo mencionado anteriormente, se estima que un médico necesitaría leer en promedio 17 (1) artículos diarios para poder estar actualizado. Si a esto le adicionamos las siguientes limitaciones con las que se enfrentan la mayoría de los clínicos (2,3), encontramos: a) dificultades para poder localizar información clínica relevante; b) problemas con el idioma; c) problemas con analizar e interpretar los resultados (*metodología*); d) problemas con la extrapolación de los resultados; y e) el escaso tiempo con que se cuenta.

Por tanto, ¿es factible poder leer 17 artículos diarios durante toda la vida?

Supongamos que usted como clínico plantea una pregunta de investigación orientada a terapia, genera una estrategia de búsqueda en metabuscadores y bases de datos y tiene acceso a todos los recursos electrónicos existentes (*escenario ideal para poder responder a su pregunta de investigación*).

En los resultados obtenidos en su búsqueda preliminar, encuentra que no existen revisiones o diseños que resuman toda la información relevante sobre el tema de interés.

Hipotéticamente, su estrategia de búsqueda arroja la existencia de 25 estudios clínicos aleatorizados (Ecas) que responden a su pregunta inicial de investigación. Donde 10 de los estudios encontrados presentan resultados positivos (*a favor de la intervención "x"*), 10 Ecas presentan resultados negativos (*en contra de la intervención "x"*) y 5 Ecas son neutros en relación a un resultado (*no son concluyentes frente a un estimador puntual*).

¿Con cuál de los 25 estudios clínicos aleatorizados basaría su decisión clínica? Piense unos segundos antes de seguir leyendo...

Frente a esta situación de gran incertidumbre, lo más probable es que ocurra lo siguiente: *"Me quedo con el artículo más nuevo"* o *"el que tiene un mayor n"* o *"el artículo que esté publicado en la revista de mayor impacto"* o simplemente *"la investigación que tenga el autor más conocido"*.

¿Le suena familiar este razonamiento pragmático?

Si se pudiera evaluar la cantidad de tiempo en que el clínico demoraría en descargar todos los artículos (según el ejemplo serían 25), leer todos los *papers*, seguido del análisis del riesgo de sesgo de cada uno, luego decidir en cuál de los 25 artículos basaremos nuestra decisión clínica, créanme que con certeza gastaríamos demasiado tiempo y sería totalmente contraproducente.

Es por esto que surge el concepto de revisión, que incluye las revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, revisiones narrativas y últimamente la Colaboración Cochrane ha incluido un nuevo diseño denominado Overview (Resumen de revisiones sistemáticas) (4).

Las revisiones narrativas se consideran un tipo de revisión donde se realiza una búsqueda bibliográfica "más o menos exhaustiva", generalmente son realizadas por "expertos en la materia", no responden a una pregunta clara y específica de investigación, no presentan criterios estipulados sobre cómo se realizó la búsqueda, no presentan criterios de elegibilidad. Este tipo de revisión está orientada a responder a preguntas básicas o de *background*. Según la jerarquización de la evidencia, encontramos este tipo de revisiones en el último eslabón de la pirámide, por tanto, están expuestas a presentar un elevado riesgo de sesgo.

Las revisiones sistemáticas son un tipo de investigación secundaria, esto quiere decir que el centro del estudio no son los pacientes, sino más bien los diferentes estudios disponibles en los distintos recursos electrónicos (bases de datos-metabuscadores, literatura gris, actas de congresos, etc.) (5).

Existen dos tipos de revisiones sistemáticas (cualitativas o cuantitativas, o también denominadas metaanálisis). Las revisiones cualitativas presentan la evidencia en forma "descriptiva" y

sin análisis estadístico; también conocidas como revisiones sistemáticas (revisiones sistemáticas sin metaanálisis). Las revisiones cuantitativas también pueden presentar la evidencia de forma descriptiva, pero la gran diferencia *versus* la revisión cualitativa radica principalmente en el uso de técnicas estadísticas para combinar “numéricamente” los resultados frente a un estimador puntual, también denominado “metaanálisis”.

Los Overview o Resúmenes de revisiones sistemáticas nacen pensando en que actualmente existen demasiadas revisiones sistemáticas (muchas de ellas responden a la misma pregunta de investigación, pero sus resultados y conclusiones son totalmente dispares, incluso su metodología (evaluación del riesgo de sesgo, estrategia de búsqueda, etc.). Este diseño tiene como objetivo principal resumir múltiples revisiones Cochrane y no Cochrane de intervenciones, para así poder abordar el efecto de dos o más tratamientos potenciales sobre un problema de salud (4).

A modo de conclusión, hoy en día existe una gran cantidad de información biomédica, lo que merma enormemente la posibilidad de mantenernos actualizados en nuestra área de interés. A esto hay que sumarle las limitaciones o barreras con las que debemos enfrentarnos a diario (dificultades para poder localizar información clínica relevante, problemas con el idioma, problemas con analizar e interpretar los resultados [metodología], problemas con la extrapolación de los

resultados y el escaso tiempo con que se cuenta) tanto clínicos e investigadores como estudiantes. Un diseño metodológico que nos resume, evalúe y analice la evidencia siempre será bienvenido.

Raúl Aguilera Eguía y Patricio Arroyo Jofre

*Facultad de Ciencias de la Actividad Física. Universidad de San Sebastián. Santiago, Chile
(kine.rae@gmail.com)*

BIBLIOGRAFÍA

1. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ* 1995;310:1085-6.
2. Hayne RB. Using informatics principles and tools to harness research evidence for patient care: evidence-based informatics. *Stud Health Technol Inform* 1998;52 Pt 1: supp 33-6.
3. Letelier LM, Zamarin N, Andrade M, Gabrielli L, Caiozzi G, Viviani P, et al. Exploring language barriers to Evidence-based Health Care (EBHC) in post-graduate medical students: a randomized trial. *EducHealth (Abingdon)* 2007;20:82-7.
4. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration 2011. Available at: www.cochrane-handbook.org
5. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. 2nd ed. London: Churchill-Livingstone; 2000.