

Editorial

La necesidad de que un grupo de especialistas, o una sociedad médica tengan una revista estriba en ser un medio útil, confiable y respetado porque engrandece y mejora la práctica clínica diaria. Es la finalidad última de lograr que la publicación cuente con el mayor número de reconocimientos e inscripciones en las bases de datos e índices más prestigiados (indexación), esto teóricamente, daría mayor difusión a las publicaciones.

La calidad del contenido de una revista médica no debiera medirse por el refinamiento de los métodos aplicados a una investigación, sino por “la utilidad” que la información aporta al conocimiento del resto de la comunidad médica y, obviamente, al mejoramiento de la atención de los pacientes; esto, sin embargo, no es visto con esta óptica.

La mayoría de quienes se interesan en publicar buscan que la revista a la cual envían sus artículos estén “indexadas”, sin que mucho importe si la publicación en verdad es consultada, si regularmente incluye cartas al editor donde se discute su contenido o si hace revisión de temas (opción inmejorable para la actualización continua). Esa necesidad se justifica, a su vez, en lo indispensable que para algunos resulta publicar porque requieren puntos para permanecer en el sistema nacional de investigadores, para certificarse o recertificarse ante un Consejo de la especialidad, para ascensos escalafonarios en el sistema nacional de salud, académicos o institucionales. Sin embargo, por paradójico que parezca, esa justificación no justifica que se deje de lado o, de plano, se elimine, la inclusión de comentarios, reporte de experiencias o revisiones.

En la medida que cada día se editan más revistas y todas buscan la inclusión en las bases de datos del Index Medicus, Medline, Medlars, Biological Abstracts, LILACS o Artemisa, estos organismos “refinan” sus exigencias para la incorporación de nuevas publicaciones. Para incorporarse a cualquiera de las más importantes bases de datos se requiere que 60% del contenido de un volumen (los números de un año) sea de artículos originales con factor de impacto I (estudios con distribución aleatoria y controlados), que sólo el 20% sea de artículos con factor II-1 y II-2 (estudio no-ciego con distribución aleatoria, controlado y estudio de cohorte o caso-control), amén de certificar que todo lo publicado cuenta con revisión por pares, publicación puntual (tienen mejor calificación las revistas mensuales, después las bimestrales, etc.) y cumplimiento de otros requisitos de forma. No puede pasarse por alto que además de lo anterior está la capacidad de gestión de los editores o miembros del comité editorial con sus pares de los organismos internacionales que deciden la indexación. Esta es la razón por la cual he formado un grupo de expertos en metodología de la investigación, todos ellos con maestrías y doctorados predominantemente en ciencias, encabezados por el Dr. Eduardo López Lizárraga, doctor en ciencias, con lo cual se podrán tener opiniones útiles y asesoría para realizar artículos de mayor relevancia científica, todo esto a través de correo electrónico o la página de Internet de la revista.

La realización de investigación clínica no necesariamente requiere la disponibilidad de grandes presupuestos económicos que permitan su financiamiento, trabajar forzosamente en una institución hospitalaria pública o de enseñanza. La investigación clínica sólo requiere método, voluntad y compromiso.

Anales de Otorrinolaringología Mexicana anhela convertirse y consolidarse en una publicación fundamentalmente útil para el médico clínico que practica esta especialidad, para el residente y para todos los colegas que atienden los padecimientos relacionados con la otorrinolaringología y la cirugía de cabeza y cuello. Ahora que el acceso a la información es mucho más fácil a través de la Internet nuestra esperanza estriba en ser la revista más leída, consultada, comentada y referida. Si después de todo ello las bases de datos (índices) la incluyen en sus acervos será un logro bien ganado, pero extraordinario al propósito primario de favorecer la actualización médica continua.

La indexación de una revista no depende, única y exclusivamente, de los editores o los miembros de las mesas directivas de las sociedades médicas: depende de todos los miembros que integran la comunidad susceptible de aportar sus contribuciones. La indexación no es resultado de la gestión de un grupo sino de la participación y el esfuerzo de todos, razón por la que nuevamente exhorto a todos los miembros de la SMORL y CCC a participar con sus publicaciones en nuestra revista.

Este número de *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* reúne, en gran parte, el anhelo planteado. Se incluye un interesante estudio relacionado con los resultados cosméticos con la cirugía de Weir con radiofrecuencia en comparación con bisturí. El trabajo confirma que la cicatrización producida con ambas técnicas no muestra diferencia significativa pero pondera las ventajas de la radiofrecuencia.

Un grupo de médicos cubanos comunica su experiencia en el cierre quirúrgico de la fistula faringocutánea postlaringectomía en 115 pacientes. Lo interesante de este trabajo es que permite comparar los resultados que con el mismo procedimiento se obtienen en nuestro medio.

Otra aportación relevante y útil es la de los doctores Montes de Oca que invita a reflexionar, como especialistas, qué será de nosotros cuando llegemos a la edad de 65 años y, a los más jóvenes, qué implica tratar a un adulto mayor y las diferencias que éste tiene en relación con el paciente joven y adulto.

Enseguida se exponen algunos datos relacionados con los niveles de evidencia y cómo se clasifican las publicaciones, así como la recomendación que tiene o puede tener cada artículo.

Niveles de evidencia y grados de recomendación

El tipo de diseño de los estudios de investigación puede influir, más o menos, en la probabilidad de incurrir en sesgos o errores sistemáticos que limiten su validez interna, lo que permite establecer, según ello, su jerarquía y clasificación. Aunque en el ámbito internacional no existe acuerdo unánime de una única clasificación y los distintos grupos que desarrollan o publican guías de práctica clínica basadas en RSs utilizan diferentes escalas, sólo difieren levemente unas de otras. Con independencia de los niveles de evidencia seleccionados, éstos deben quedar claramente especificados en la revisión.

Al igual que las evidencias (que en español debe decirse “demostraciones”), las recomendaciones que se derivan de ellas tienen, también, una jerarquía que requiere ser explícita. Enseguida, a modo de ejemplo, se reproducen los niveles de evidencia y recomendaciones utilizados por el Proyecto de desarrollo de guías basadas en la evidencia del Norte de Inglaterra.

North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996.

Categorización de la evidencia

Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas con diseño adecuado.

Estudios controlados, no aleatorizados, con diseño adecuado (cohortes, casos y controles).

Estudios no controlados o documentos de consenso.

Fuerza de las recomendaciones

Basadas directamente en evidencia de categoría I.

Basadas directamente en evidencia de categoría II, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I.

Basadas directamente en evidencia de categoría III, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication n° 50, 2001.

Niveles de evidencia	
1 ⁺⁺	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados con riesgo muy bajo de sesgos.
1 ⁺	Metanálisis realizados adecuadamente, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados o ensayos controlados y aleatorizados con riesgo bajo de sesgos.
1 ⁻	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados, o ensayos controlados y aleatorizados con riesgo alto de sesgo.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos-contrroles. Estudios de cohortes o casos-contrroles con riesgo muy bajo de sesgos y alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes y casos-contrroles bien realizados y con bajo riesgo de sesgos y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes y casos-contrroles con riesgo alto de sesgos y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (Ejemplo: serie de casos).
4	Opinión de expertos.
Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ensayos controlados y aleatorizados, o ensayos controlados y aleatorizados de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ o 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

¿Cómo decidir si una revisión sistemática es adecuada para tomar una decisión concreta?

De acuerdo con el escenario clínico en el que nos encontremos tenemos una pregunta o duda clínica sobre la que tenemos que tomar una decisión, el primer paso para hallar una respuesta es formular dicha pregunta en sus diferentes componentes: población, intervención a aplicar e intervención con la que se compara y resultados que buscamos con la intervención. Si tenemos claro que una revisión sistemática es el tipo de estudio que mejor puede resolver nuestra pregunta, el siguiente paso será buscar una revisión sistemática en bases de datos que incluyan revisiones sistemáticas, como la Cochrane, DARE, HTA (base de datos de informes de agencias de evaluación de tecnología).

Una vez localizada la revisión o revisiones es necesario conocer su validez interna, sus resultados y su validez externa. La validez interna indica la probabilidad de que en su desarrollo la revisión no haya incurrido en sesgos o errores sistemáticos. Se debe, igualmente, valorar los resultados obtenidos respecto al tamaño y a la precisión del efecto; esto orienta hacia su relevancia clínica y reproducibilidad. La validez externa o aplicabilidad, por su parte, orientará hacia la posible aplicación de los resultados de la revisión al contexto que se estudia y para el paciente individual, en particular si se identifican diferencias de sexo, edad, raza, geográficas, de gravedad o evolución de la enfermedad.

La valoración de estos elementos de una revisión sistemática por el clínico no experto en cuestiones metodológicas puede simplificarse con el uso de herramientas desarrolladas para tal fin, como las "Guías para el usuario de la bibliografía médica" elaboradas por el Evidence Based Medicine Working Group (Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. JAMA 1993; 270:2598), en las que a través de una serie de preguntas simples y directas puede comprobarse si la revisión cumple con los criterios de calidad exigidos:

Oxman AD, Guyatt GH et al. User's Guides to The Medical Literature VI. How to use an overview. JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371.

¿Son válidos los resultados del estudio?

Criterios primarios

¿Revisó, en conjunto, un problema clínico focalizado?

¿Fueron apropiados los criterios para la inclusión de los artículos seleccionados?

Criterios secundarios

¿Es poco probable que se pasaran por alto estudios relevantes importantes?

¿Se evaluó la validez de los estudios incluidos?

¿Fueron reproducibles las evaluaciones de los estudios?

¿Fueron similares los resultados de estudio a estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Cuáles son los resultados globales de la revisión de conjunto?

¿Hasta que punto fueron precisos los resultados?

¿Pueden aplicarse los resultados en la asistencia de los pacientes estudiados?

¿Se consideran todos los resultados clínicamente importantes?

¿Las ventajas compensan los inconvenientes y los costos?

Cada una de las preguntas tiene tres opciones de respuesta: Sí, No, No se puede saber, se suministra un texto explicativo por cada una de las preguntas básicas para ayudar a elegir la respuesta. La evaluación es, por lo tanto, cualitativa de cada uno de los tres apartados, sin una puntuación global ni por bloques.

Otra propuesta elaborada por un grupo de epidemiólogos, clínicos, editores de revistas e investigadores, en Chicago en 1996, con el propósito de mejorar la calidad de la publicación de los metanálisis es la QUORUM (Quality of Reporting of Meta-analyses, Lancet 1999), que consiste en una lista de temas que describe la forma en que deben presentarse las diferentes secciones de un artículo de metanálisis y un diagrama de flujo con información sobre el número de ensayos identificados, excluidos, incluidos y las razones para las exclusiones.

Bibliografía

Oxman AD (ed). Section VI: Preparing and Maintaining Systematic Reviews: The Cochrane Collaboration Handbook. Oxford: Cochrane Collaboration, 1994.

NHS Centre for Reviews and Dissemination. Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness: CRD Guidelines for those carrying out or commissioning reviews (CRD Report No. 4). York: NHS CRD, 1996.

Dr. Marcos Antonio Rodríguez Perales