



Pautas para la elaboración de actualizaciones y revisiones

Jorge Escandón, José María Mora, Julio Portocarrero, María Nelly de Arboleda, Rodolfo Dennis

El Comité de Redacción de Acta Médica Colombiana desea señalar algunas pautas para la elaboración de las Actualizaciones (revisiones de tema o estados del arte) con miras a estandarizar y adecuar la metodología de este tipo de trabajos enviados para publicación en la Revista. Esta decisión se ha tomado por dos razones: la primera es la inquietud expresa de varios colegas, así como de investigadores de otras disciplinas que con frecuencia desean publicar revisiones de tema en Acta Médica Colombiana. La segunda es la disparidad evidente en la metodología y calidad de las diferentes revisiones que hemos venido recibiendo.

En el estado actual de explosión de crecimiento de la literatura biomédica, la revisión de tema le permite al clínico la optimización de su tiempo con respecto a una materia específica: el lector delega en el autor la responsabilidad por la universalidad, calidad, imparcialidad y apreciación crítica de los artículos referenciados.

Hasta hace unos diez años, el único requisito para decidir escribir un documento de actualización era el ser considerado o considerarse un experto en el tema. Se pensaba que llevar a cabo tal revisión involucraba simplemente el describir y conciliar los diferentes puntos de vista, plasmados con la visión

particular del autor. Sin embargo, se reconoce hoy en día que así como métodos incorrectos en la elaboración de un protocolo de investigación conducen a conclusiones erróneas, una revisión de tema sesgada y poco científica, además de ser ineficiente, puede llevar a una falsa impresión del estado actual de un tema médico (1, 2).

AMC, como otras revistas científicas, recibe varios tipos de revisiones de tema, los cuales pueden ser clasificados en forma creciente según su complejidad y utilidad (3,4):

1. La combinación de un informe de casos y de revisión de la literatura. El envío de este tipo de manuscrito es muy común, porque no requiere mayor trabajo, en comparación con los tres tipos de revisión siguientes: a menudo surgen de la detección, durante la práctica diaria de un caso médico de presentación infrecuente, se hace una búsqueda rápida de casos similares y la revisión de la literatura disponible sin seguir ninguna metodología específica. Para AMC este tipo de revisión tiene baja prioridad, y acepta por lo general el informe de casos (que cumple una función limitada pero útil) y no la revisión.

2. La revisión exhaustiva (usualmente más de 100 referencias)

Dres.: Jorge Escandón, José María Mora, Julio Portocarrero, María Nelly de Arboleda, Rodolfo Dennis: Comité de Redacción, Acta Médica Colombiana, Santafé de Bogotá.

cubre todo lo que se ha escrito sobre un tópico médico, desde la historia antigua del tema, hasta el estado actual del mismo, pasando por etiología, fisiopatología, tratamiento y pronóstico. Casi siempre, el autor se limita a describir y organizar el tópico, sin presentar el método seguido para la recolección de los artículos referenciados, ni criticarlos. Dado que la utilidad de tal revisión es mínima, el médico ocupado raramente termina de leerla, y la deja como texto de referencia por si eventualmente se presenta la oportunidad de consultarla. AMC asigna también una baja prioridad a la publicación de este tipo de revisiones.

3. La revisión descriptiva, enfocada como actualización, en la cual el autor, siguiendo una metodología explícita que involucra la revisión sistemática y computarizada de la literatura médica reciente, actualiza al lector en un tema de crecimiento vertiginoso o rápidamente cambiante. El manuscrito por lo general está matizado por la opinión del autor sobre la calidad de los artículos revisados, sus cualidades y defectos; y por lo general finaliza con su opinión sobre el futuro desarrollo del tópico, y las implicaciones potenciales sobre la práctica médica. Este tipo de revisión requiere del revisor, experiencia previa investigativa, ser reconocido como experto en la materia, mayor esfuerzo en la preparación del artículo y visión sobre las perspectivas del tema. AMC asigna prioridad alta a este tipo de manuscrito. Un ejemplo reciente se encuentra en la revista más leída en el campo de la medicina interna (5).

4. La revisión evaluativa y potencialmente analítica de una

controversia en la literatura. Este tipo de revisión, cuando es evaluativa pero no analítica cuantitativa, ha sido denominada síntesis de la mejor evidencia disponible (6), y llevada a su extremo analítico cuantitativo constituye el meta-análisis (7, 8). Está siempre enfocada a responder una pregunta de investigación, sobre la cual no hay consenso; puede referirse a factores de riesgo o factores pronósticos (9-11), o más comúnmente y con mayor solidez metodológica, a la utilidad de algunos tratamientos (12-15).

Se distingue de los dos primeros enunciados en que existe, al igual que en el tercero, una sección de material y métodos, y en que enuncia explícitamente cómo fue evaluada la calidad de los artículos referenciados. La elaboración de este tipo de revisión no sólo involucra esfuerzo y experiencia en el tema, sino la familiaridad con una metodología que aunque no es difícil, necesita una preparación (16, 17). AMC asigna la mayor prioridad a este tipo de revisión, y desea estimular a los diferentes colaboradores a considerarla. Un ejemplo aplicado de la metodología se encuentra en una reciente publicación (18).

El Comité de Redacción de AMC sugiere que para la elaboración de las revisiones de tema, se consulte la bibliografía que anotamos y se considere la elaboración del resumen de la revisión de manera similar a las usadas en otras revistas internacionales (5,18). Igualmente sugiere que antes de enviar el artículo a la revista se examinen, a manera de lista de chequeo, los siguientes puntos (19):

1. ¿Está claramente enunciado el objetivo de la revisión?

2. ¿Está explícitamente enunciada la estrategia seguida para incluir o excluir artículos de la revisión?

3. ¿Se evaluó la validez de los artículos referenciados?

4. ¿Fue la evaluación de los artículos reproducible y libre de sesgo?

5. ¿Se analizaron las fuentes de variación de los hallazgos entre los diferentes estudios?

6. Si la revisión es un meta-análisis, ¿se combinaron de manera creíble los resultados de los estudios?

7. ¿Están las conclusiones de la revisión respaldadas por los artículos citados?

Con esta guía, AMC desea clarificar su política de aceptación de revisiones de tema, de actualizar y estandarizar su calidad, y de brindar apoyo bibliográfico para que los colaboradores puedan llenar los requisitos enunciados.

Referencias

1. **Mulrow CD.** The medical review article: State of the science. *Ann Intern Med* 1987; 106: 485-488.
2. **Thacker SB.** Meta-analysis: a quantitative approach to research integration. *JAMA* 1988; 259: 1685-1689.
3. **Squires BP.** Biomedical review articles: What editors want from authors and peer reviewers. *CMAJ* 1989; 141: 195-197.
4. **Jenicek M.** Meta-analysis in medicine: where are we and where do we want to go. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 35-44.
5. **Henderson WR.** The role of leukotrienes in inflammation. *Ann Intern Med* 1994; 121: 684-697.
6. **Slavin RE.** Best evidence synthesis: an alternative to metaanalysis and traditional reviews. *Educational Researcher* 1986; 15: 5-11.
7. **Kassirer JP.** Clinical trials and meta-analysis: what do they do for us? *N Eng J Med* 1992; 327: 273-274.
8. **L'Abbe KA, Detsky AS, O'Rourke K.** Meta-analysis in clinical research. *Ann Intern Med* 1987; 107: 224-233.
9. **Fleiss JL, Gross AJ.** Meta-analysis in epidemiology, with special reference to studies of the association between exposure to environmental tobacco and lung cancer. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 127-139.

Pautas para actualizaciones y revisiones

10. **Jones DR.** Meta-analysis of observational epidemiological studies: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; **85**: 165-168.
11. **Spitzer WO.** Meta-Meta-Analysis: unanswered questions about aggregating data. *J Clin Epidemiol* 1991; **44**: 103-107.
12. **Peto R.** Why do we need systematic overviews of randomized trials?. *Statistics in Medicine* 1987; **6**: 233-240.
13. **Dersimonian R, Laird N.** Meta-Analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials* 1986; **7**: 177-188.
14. **Sacks HS, Berrier J, Reitman D, et al.** Meta-Analysis of randomized clinical trials. *N Eng J Med* 1987; **316**: 450-455.
15. **Yusuf S.** Obtaining medically meaningful answers from an overview or randomized clinical trials. *Statistics in Medicine* 1987; **6**: 281-286.
16. **Demets D.** Methods for combining randomized clinical trials: strengths and limitations. *Statistics in Medicine* 1987; **6**: 341-348.
17. **Meinert CL.** Meta-Analysis: science or religion: *Controlled clinical trials* 1989; **10**: 257s-263s.
18. **Insua JT, Sacks HS, Lau TS, et al.** Drug Treatment of Hypertension in the elderly: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1994; **121**: 355-362.
19. **Oxman AD, Guyatt GH.** Guidelines for reading literature reviews. *CMAJ* 1988; **138**: 697-703.