

Chapter 17 / Capítulo 17

Critical reading of scientific articles on
health: A practical guide (Spanish Edition)
ISBN: 978-9915-9928-3-9
DOI: 10.62486/978-9915-9928-3-9.Ch17
Pages: 299-310



© 2026 The authors. This is an open access
book chapter distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution (CC BY)
4.0 License.

Non-Systematized Evidence Sources in Medicine

Fuentes de evidencia no sistematizada en medicina

Jorge Marquez Molina  

Maria Tereza Nieto Coronel  

1 Hospital del Norte. Cochabamba, Bolivia.

2 Centro Oncologico Oncopalia-MyAMedic. La Paz, Bolivia.

ABSTRACT

Introduction: Non-systematized evidence sources occupy the lower rungs of the Evidence-Based Medicine (EBM) pyramid. Nevertheless, they represent indispensable information-transfer resources in daily clinical practice, outpatient consultations, or emergency departments when recent systematic reviews or clinical practice guidelines are unavailable. Their primary value lies in providing a broad, agile, and rapid theoretical transition regarding innovative therapies or complex clinical scenarios enveloped in marked methodological uncertainty. **Development:** Guided by the clinical crossroads of an internist managing a patient with long-standing, refractory rheumatoid arthritis interested in a cutting-edge biologic approved in Europe but lacking consolidated systematic syntheses, this chapter examines non-systematized evidence frameworks in a detailed manner. The distinct operational profiles and specific clinical utilities of narrative reviews, point-of-care evidence summaries (such as UpToDate, DynaMed, and BMJ Best Practice), update articles in high-impact journals, academic editorials, letters to the editor, and key opinion leader expert testimony are analyzed. The text details the inherent biases within these formats—predominantly literature selection bias, authority bias, and selective reporting driven by the author's subjective judgment. To mitigate these vulnerabilities, critical appraisal guidelines based on the analytical triangulation of sources are introduced alongside the application of current international checklists and tools, such as the SANRA scale for the formal appraisal of narrative reviews, the GRADE framework for balancing the strength of provisional recommendations, and the consensus standards of the ICMJE, COPE, and WAME directed toward the rigorous auditing of conflicts of interest (COI). **Conclusions:** Non-systematized sources act as pragmatic transitional tools that facilitate shared decision-making and the resolution of immediate inquiries in clinical settings. However, the healthcare professional must interpret them through a strict critical lens, carefully weighing their applicability and treating them as provisional directives bound to continuous re-evaluation as robust scientific knowledge matures.

Keywords: Non-systematized evidence; Narrative review; Evidence summary; Expert opinion; Critical appraisal; Conflicts of interest

RESUMEN

Introducción: Las fuentes de evidencia no sistematizada ocupan los peldaños inferiores de la pirámide de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Sin embargo, representan recursos de transferencia informacional indispensables en la práctica clínica diaria, la consulta externa o los servicios de urgencia cuando no se dispone de revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica recientes. Su valor primordial radica en proveer una visión panorámica, ágil y de rápida transición teórica sobre terapias innovadoras o escenarios clínicos complejos envueltos en una marcada incertidumbre metodológica. **Desarrollo:** Partiendo de la encrucijada clínica de una internista ante un paciente con artritis reumatoide refractaria interesado en un biológico de última generación comercializado en Europa pero sin síntesis sistemática consolidada, este capítulo examina pormenorizadamente los formatos de evidencia no sistematizada. Se analizan de forma operativa el perfil y las utilidades específicas de las revisiones narrativas, los sumarios de evidencia en el punto de cuidado (como UpToDate, DynaMed y BMJ Best Practice), los artículos de actualización en revistas de alto impacto, las editoriales académicas, las cartas al editor y la opinión de expertos de líderes de opinión. El texto detalla los sesgos inherentes a estos formatos predominando el sesgo de selección bibliográfica, el sesgo de autoridad y el de reporte selectivo por el criterio subjetivo del autor—. Para mitigar estas vulnerabilidades, se introduce pautas de lectura crítica basadas en la triangulación analítica de la información y la aplicación de checklists e instrumentos internacionales vigentes, tales como la escala SANRA para el escrutinio formal de revisiones narrativas, el marco GRADE para balancear la fuerza de recomendaciones provisionales y las directrices del ICMJE, COPE y WAME orientadas a la fiscalización exhaustiva de los conflictos de interés (COI). **Conclusiones:** Las fuentes no sistematizadas actúan como herramientas de transición pragmática que facilitan la toma de decisiones compartida y la resolución de dudas inmediatas. No obstante, el profesional de la salud debe interpretarlas bajo un riguroso tamiz crítico, ponderando su aplicabilidad y asumiéndolas como directrices provisionales supeditadas a una reevaluación constante conforme evolucione el conocimiento científico robusto.

Palabras clave: Evidencia no sistematizada; Revisión narrativa; Sumario de evidencia; Opinión de expertos; Lectura crítica; Conflictos de interés

1. CASO CLÍNICO

Una médico internista recibe a un paciente de 68 años con artritis reumatoide de larga data, que consulta por síntomas persistentes a pesar de múltiples líneas de tratamiento convencional (metotrexato, leflunomida y anti-TNF). El paciente escuchó sobre un nuevo biológico “de última generación” aprobado en Europa hace pocos meses y pregunta si podría acceder a él en Bolivia.

La medico busca en PubMed revisiones sistemáticas recientes sobre este nuevo fármaco, pero no encuentra ninguna. Solo identifica:

- Una revisión narrativa publicada en una revista europea de reumatología.
- Un artículo de actualización en NEJM sobre terapias biológicas emergentes.
- Una opinión de expertos en Lancet Rheumatology.
- Una sección de UpToDate con recomendaciones preliminares, actualizada hace dos meses.
- Varias cartas al editor que discuten limitaciones metodológicas de los primeros ensayos clínicos.

Ante esta situación, debe decidir cómo jerarquizar y criticar estas fuentes para responder al paciente, considerando la incertidumbre y la aplicabilidad clínica en su contexto.

2. OBJETIVOS DE ESTE TIPO DE ESTUDIOS

Los principales objetivos de utilizar y aprender a interpretar críticamente la evidencia no sistematizada son los siguientes:

Reconocer su lugar en la jerarquía de evidencia: comprender que no sustituyen a revisiones sistemáticas ni a guías basadas en evidencia, pero que pueden ser útiles en ausencia de estas.

Acceder a información rápida y actualizada: aprovechar revisiones narrativas, sumarios de evidencia (UpToDate, DynaMed, BMJ Best Practice), artículos de actualización y editoriales cuando se requiere una visión panorámica o de emergencia clínica.

Identificar tendencias emergentes y nuevas hipótesis: detectar innovaciones, debates científicos y áreas de incertidumbre que aún no cuentan con evidencia consolidada.

Guiar decisiones clínicas en contextos de incertidumbre: aplicar estas fuentes como apoyo cuando no existen estudios sistemáticos recientes, siempre con juicio crítico y comunicación clara al paciente.

Desarrollar habilidades de evaluación crítica: entrenarse en el uso de micro-checklists para detectar sesgos, conflictos de interés, limitaciones metodológicas y aplicabilidad al paciente y al contexto local.

Fomentar la prudencia clínica: aprender a usar estas fuentes como orientación preliminar y no como justificación única para modificar la práctica.

Promover la toma de decisiones compartida: integrar la información con la experiencia del clínico y las preferencias del paciente, dejando explícita la necesidad de actualizar la decisión cuando surja evidencia de mayor calidad.

3. INTRODUCCIÓN

En la Medicina Basada en la Evidencia, las revisiones sistemáticas y metaanálisis constituyen el nivel más alto de síntesis científica. Sin embargo, en la práctica diaria no siempre contamos con este tipo de evidencia de forma inmediata. En múltiples escenarios clínicos y académicos — emergencia, consulta externa, discusión de casos complejos o aparición de nuevos tratamientos—, los médicos deben recurrir a fuentes de evidencia no sistematizada.

Estas fuentes incluyen las revisiones narrativas, los sumarios de evidencia en el punto de cuidado (como UpToDate, DynaMed, BMJ Best Practice), los artículos de actualización, las editoriales, las cartas al editor y la opinión de expertos. Aunque no siguen una metodología rigurosa de búsqueda y análisis como las revisiones sistemáticas, aportan valor al:

- Proporcionar información rápida y accesible.
- Ofrecer una visión panorámica de temas emergentes.
- Señalar nuevas hipótesis o controversias que aún no cuentan con suficiente investigación.

El desafío para el medico no es solo identificar estas fuentes, sino saber cómo evaluarlas críticamente y cómo integrarlas a la toma de decisiones sin sobreestimar su peso en la jerarquía de la evidencia. Un editorial bien argumentado puede estimular la reflexión, pero no debe reemplazar un ensayo clínico; una revisión narrativa puede orientar, pero su utilidad depende de reconocer los sesgos que la atraviesan.

En este capítulo, aprenderemos a distinguir las diferentes fuentes no sistematizadas, a analizarlas con herramientas prácticas de evaluación crítica, y a utilizarlas en el marco de un proceso clínico que combine juicio experto, contexto local y preferencias del paciente, siempre conscientes de sus limitaciones y de la necesidad de actualizar nuestras decisiones conforme aparezca evidencia de mayor calidad.

4. METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS

4.1 REVISIONES NARRATIVAS

Las revisiones narrativas constituyen una de las formas más tradicionales de síntesis del conocimiento médico. Su finalidad principal es ofrecer al lector una visión general sobre un tema determinado, integrando distintos hallazgos de la literatura científica en un texto de carácter más discursivo que metodológico. A diferencia de las revisiones sistemáticas, las narrativas no siguen protocolos predefinidos de búsqueda ni criterios formales de selección y evaluación de estudios. Esto significa que la inclusión de la literatura depende en gran medida del criterio, la experiencia y las preferencias del autor o del grupo de autores.

Desde un punto de vista didáctico, las revisiones narrativas tienen varias ventajas. Pueden proporcionar un panorama amplio y accesible para introducirse en áreas complejas, emergentes o de rápido crecimiento científico. Suelen estar redactadas con un estilo interpretativo, lo que facilita al clínico comprender el contexto de los hallazgos, identificar tendencias emergentes y familiarizarse con nuevas hipótesis. En muchos casos, las revisiones narrativas han sido el primer paso para generar preguntas de investigación que posteriormente dieron origen a estudios primarios o revisiones sistemáticas.

No obstante, la principal limitación de este tipo de fuente radica en su alto riesgo de sesgo. La selección de artículos puede no ser representativa, los estudios contradictorios pueden omitirse y la ausencia de una metodología explícita impide la reproducibilidad del proceso. Además, el análisis suele ser cualitativo y depende del juicio del autor, lo que abre la posibilidad de interpretaciones parciales o de énfasis excesivo en ciertos resultados.

Un ejemplo aplicado a nuestro caso clínico es la revisión narrativa que la médica encuentra sobre nuevos biológicos en artritis reumatoide. En el artículo encontrado, el autor tendría que describir de manera detallada los mecanismos de acción del nuevo fármaco, resaltando los resultados positivos de los primeros ensayos clínicos y plantear que podría representar una alternativa prometedora en pacientes refractarios a anti-TNF. Sin embargo, al analizar críticamente el texto, la médica tendría que observar que no se describen los criterios de selección de los estudios, no se mencionan ensayos con resultados menos favorables y tal vez se omite una discusión profunda sobre los efectos adversos a largo plazo. Esto evidencia cómo, aunque útil para comprender el contexto terapéutico, la revisión narrativa puede ofrecer una visión parcial del problema.

En la práctica clínica, las revisiones narrativas son útiles como puerta de entrada a un tema o como actualización preliminar en áreas donde aún no existe suficiente evidencia sistematizada. Sin embargo, el médico debe recordar que no constituyen un nivel alto en la jerarquía de la evidencia. Su valor reside en ofrecer contexto, estimular la reflexión y generar hipótesis, pero nunca en sustituir la evidencia proveniente de estudios primarios de calidad o de síntesis sistemáticas.

4.2 SUMARIO DE EVIDENCIAS EN EL PUNTO DE CUIDADO (UPTODATE, DYNAMED, BMJ BEST PRACTICE)

Los sumarios de evidencia en el punto de cuidado representan una herramienta fundamental para la práctica clínica contemporánea. Se trata de plataformas electrónicas como UpToDate, DynaMed o BMJ Best Practice, diseñadas para proporcionar información médica rápida, práctica y continuamente actualizada. A diferencia de las revisiones narrativas, su enfoque es ofrecer al clínico recomendaciones inmediatas, apoyadas en la literatura más reciente y en la opinión de expertos en cada área.

El proceso de elaboración combina la revisión de artículos relevantes por equipos editoriales especializados con la actualización periódica de contenidos. No obstante, estas fuentes no emplean una metodología sistemática de búsqueda y síntesis, por lo que no alcanzan el mismo nivel de rigurosidad que una revisión sistemática o una guía clínica basada en evidencia.

En el caso del paciente con artritis reumatoide interesado en un nuevo biológico, el internista consulta UpToDate. Encuentra un apartado que resume los principales resultados de los ensayos publicados hasta la fecha, acompañado de una recomendación preliminar que señala: “aún no existen revisiones sistemáticas robustas, pero los datos iniciales muestran eficacia en pacientes refractarios a anti-TNF”. Este recurso permite a la médica responder de inmediato a la inquietud del paciente, con información práctica y reciente, mientras aclara que se trata de evidencia provisional.

La principal ventaja de estas plataformas es la posibilidad de disponer de información clara y sintetizada durante la consulta, lo que facilita la toma de decisiones clínicas en tiempo real. Sin embargo, su limitación radica en que no siempre incluyen todos los estudios relevantes, dependen de la frecuencia de actualización y pueden reflejar sesgos editoriales según la composición de sus equipos.

En conclusión, los sumarios de evidencia deben entenderse como una herramienta de apoyo inmediato, que orienta al clínico en la práctica diaria pero que debe complementarse con revisiones sistemáticas, guías clínicas y el juicio crítico del médico antes de modificar de manera definitiva la conducta terapéutica.

4.3 ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

Los artículos de actualización publicados en revistas médicas de prestigio tienen como propósito resumir los avances más recientes en un área específica de la medicina. Suelen estar dirigidos a clínicos que necesitan mantenerse al día en campos de rápido desarrollo, como terapias biológicas, oncología, infectología o nuevas tecnologías diagnósticas.

A diferencia de los sumarios en línea, los artículos de actualización son textos extensos, generalmente encargados por los editores a expertos reconocidos. Su construcción implica una revisión de la literatura reciente, con énfasis en los hallazgos considerados más relevantes para la práctica clínica. Sin embargo, no siguen una metodología sistemática de búsqueda ni presentan criterios explícitos de inclusión o exclusión de estudios. Por ello, la selección de la evidencia puede depender de la perspectiva del autor o de la revista, y no necesariamente reflejar un panorama equilibrado.

En el caso del paciente con artritis reumatoide, el médico encuentra en una revista de alto impacto —como el *New England Journal of Medicine*— un artículo de actualización sobre nuevas terapias biológicas. Allí se describe el nuevo fármaco consultado por el paciente, se destacan los resultados de los ensayos fase II y III más prometedores y se discuten posibles efectos adversos. Este artículo ofrece un panorama claro de la innovación terapéutica y le permite al clínico responder con información concreta sobre el mecanismo de acción, la evidencia preliminar y las expectativas razonables en cuanto a eficacia y seguridad.

La utilidad principal de los artículos de actualización es que sirven como puente entre la literatura primaria y la práctica clínica, brindando un resumen organizado de lo más novedoso en un área. Sin embargo, su limitación reside en la posible omisión de estudios contradictorios, el sesgo de publicación hacia resultados positivos y la falta de una evaluación formal de la calidad de los ensayos incluidos.

En síntesis, los artículos de actualización representan una fuente valiosa cuando se requiere conocer rápidamente lo más reciente en un campo, pero deben ser interpretados como una herramienta complementaria y no como evidencia definitiva para modificar conductas clínicas.

4.4 EDITORIALES

Las editoriales constituyen un género particular dentro de la literatura médica. Generalmente son textos breves, escritos por expertos invitados o por miembros del comité editorial de una revista, que acompañan la publicación de un estudio original o abordan un tema de relevancia actual. Su función principal no es aportar datos nuevos, sino ofrecer un marco interpretativo, reflexivo o crítico sobre la evidencia presentada.

Metodológicamente, las editoriales no siguen un esquema de revisión sistemática ni presentan búsquedas estructuradas de literatura. Su valor radica en la capacidad de contextualizar un hallazgo, señalar sus implicaciones para la práctica clínica y advertir sobre limitaciones o áreas de incertidumbre. Pueden también estimular la discusión científica y abrir líneas de investigación futuras. Sin embargo, al ser textos argumentativos, dependen en gran medida de la visión del

autor, lo que los hace susceptibles a sesgos de autoridad o a conflictos de interés, sobre todo si el autor tiene vínculos con la industria farmacéutica.

En relación con nuestro caso clínico, el médico encuentra un editorial en una revista reumatológica internacional que comenta la publicación de los primeros ensayos clínicos sobre el nuevo biológico para artritis reumatoide. El editorial destaca el potencial del fármaco en pacientes refractarios a anti-TNF, pero al mismo tiempo advierte que los estudios disponibles incluyen muestras pequeñas y seguimientos cortos, por lo que recomienda prudencia antes de su uso generalizado. Para el internista, este texto resulta útil porque le ayuda a matizar el entusiasmo inicial generado por el artículo de actualización y a transmitir al paciente un mensaje equilibrado: hay novedades prometedoras, pero aún persiste la necesidad de evidencia más sólida.

La fortaleza de las editoriales reside en su capacidad de interpretar la evidencia en clave crítica, resaltar implicaciones clínicas inmediatas y orientar el debate científico. Sin embargo, su limitación es que no constituyen evidencia en sí mismas: son opiniones razonadas, pero opiniones al fin. Un error frecuente es darles un peso mayor al que realmente tienen dentro de la jerarquía de la evidencia.

En síntesis, las editoriales pueden considerarse como una guía de lectura entre líneas, que ayuda al clínico a ubicar un nuevo hallazgo en su justo contexto. Aportan un contrapeso útil frente a la información más entusiasta de los artículos de actualización, recordándole al médico que todavía existe incertidumbre y que las decisiones deben tomarse con cautela.

4.5 CARTAS AL EDITOR

Las cartas al editor representan una forma ágil de comunicación científica, cuyo propósito es comentar, criticar o complementar artículos recientemente publicados en una revista. Se caracterizan por su brevedad y por el hecho de que, aunque pueden ser sometidas a revisión editorial, rara vez atraviesan un proceso riguroso de revisión por pares como los artículos originales. Por ello, su valor no radica en generar evidencia primaria, sino en estimular el debate académico y en señalar aspectos que, de otro modo, podrían pasar desapercibidos.

Metodológicamente, las cartas no constituyen síntesis de evidencia. Más bien, aportan observaciones puntuales que pueden cuestionar la metodología de un ensayo, advertir sobre limitaciones no discutidas por los autores originales, presentar datos preliminares de otros contextos o incluso describir experiencias clínicas relevantes. De este modo, enriquecen el proceso científico, actuando como un mecanismo de control social y de vigilancia crítica.

En el caso del paciente con artritis reumatoide, el internista identifica que, tras la publicación de los primeros ensayos clínicos del nuevo biológico, varias cartas al editor fueron enviadas a revistas internacionales. En ellas, investigadores de distintos países señalan posibles sesgos de selección en los estudios, discuten la corta duración del seguimiento y plantean dudas sobre la seguridad a largo plazo del fármaco. Al leer estas cartas, la médica obtiene una visión más completa: aunque los resultados iniciales son alentadores, la comunidad científica ya está expresando reservas que deben considerarse antes de recomendar la terapia.

La fortaleza de las cartas al editor es precisamente su capacidad de cuestionar y matizar hallazgos recientes, abriendo espacios de reflexión que enriquecen la interpretación crítica de un artículo. Sin embargo, su limitación es evidente: al ser textos breves y, muchas veces, cargados de opinión, pueden reflejar más las posturas personales de los autores que una evaluación objetiva. Además, carecen de peso en la jerarquía de la evidencia y no deben ser usados como único fundamento para modificar la práctica clínica.

En conclusión, las cartas al editor son un recurso complementario que aporta alertas tempranas y discusión crítica, pero que necesita ser integrado con fuentes de mayor calidad. En el caso de nuestro paciente, le permiten a la médica reconocer que la evidencia sobre el nuevo biológico está aún en fase de escrutinio y que cualquier decisión debe tomarse con cautela, informando al paciente sobre la incertidumbre existente.

4.6 OPINIÓN DE EXPERTOS

La opinión de expertos constituye una de las formas más antiguas de transmisión del conocimiento médico. Se basa en la experiencia clínica acumulada y en la autoridad académica de quienes, tras años de práctica e investigación, emiten recomendaciones sobre diagnóstico, tratamiento o prevención en áreas donde la evidencia científica aún es insuficiente o contradictoria.

Aunque se encuentra en el nivel más bajo de la jerarquía de la evidencia, la opinión de expertos sigue desempeñando un papel importante en la práctica clínica, sobre todo en escenarios de incertidumbre o cuando se enfrentan problemas emergentes para los que no existen revisiones sistemáticas ni guías de práctica clínica.

Metodológicamente, la opinión experta no sigue un proceso formal de búsqueda bibliográfica ni de síntesis de estudios. Puede presentarse en diferentes formatos: artículos de revisión firmados por líderes de opinión, editoriales invitadas, consensos preliminares de sociedades científicas o incluso declaraciones en conferencias médicas. Su principal fortaleza es la capacidad de ofrecer orientación práctica inmediata, respaldada por la trayectoria del experto, especialmente cuando se necesita actuar sin demora. Sin embargo, su principal limitación es el alto riesgo de sesgo, ya que las recomendaciones dependen de la interpretación personal del especialista y pueden estar influidas por conflictos de interés, relaciones con la industria farmacéutica o enfoques particulares de una escuela de pensamiento.

En el caso de nuestro paciente con artritis reumatoide, el internista asiste a un congreso internacional de reumatología donde un reconocido investigador presenta su experiencia con el nuevo biológico. Durante su conferencia, afirma que el fármaco podría convertirse en una opción de primera línea para pacientes refractarios en los próximos años, aunque reconoce que aún falta evidencia a largo plazo. Para el médico, escuchar esta opinión resulta útil como orientación preliminar, pero es consciente de que no se trata de evidencia sistematizada, sino de una interpretación basada en la experiencia personal del especialista y en datos aún limitados.

La utilidad de la opinión de expertos radica en que puede guiar decisiones clínicas cuando no existe evidencia de mejor calidad y en que aporta perspectivas prácticas derivadas de la experiencia acumulada. No obstante, el médico debe aprender a integrar esta información con cautela, verificando la coherencia con la literatura publicada y reconociendo explícitamente la incertidumbre frente al paciente.

En síntesis, la opinión de expertos puede considerarse como un recurso provisional, valioso en contextos de escasa evidencia, pero que no debe erigirse como fundamento único para modificar la práctica clínica.

Tabla 1. Características principales de las fuentes de evidencia no sistematizada

Tipo de fuente	Definición	Utilidad clínica	Limitaciones	Ejemplo aplicado al caso clínico (AR y nuevo biológico)
Revisión narrativa	Síntesis amplia sin metodología sistemática, basada en criterio del autor.	Introducirse en un tema, explorar hipótesis o tendencias emergentes.	Alto riesgo de sesgo, omisión de estudios contradictorios, falta de reproducibilidad.	Una revisión narrativa sobre biológicos emergentes en artritis reumatoide que presenta el nuevo fármaco de forma entusiasta.
Sumario de evidencia (UpToDate, DynaMed, BMJ BP)	Plataforma de acceso rápido, con actualizaciones continuas elaboradas por expertos.	Tomar decisiones inmediatas en consulta, acceder a recomendaciones preliminares.	No sistemáticos, posibles sesgos editoriales, depende de frecuencia de actualización.	UpToDate ofrece un resumen sobre el nuevo biológico con una recomendación provisional basada en ensayos fase III.
Artículo de actualización	Publicado en revistas indexadas, resume avances recientes en un área.	Mantenerse al día en innovaciones terapéuticas y diagnósticas.	Omisión de estudios negativos, falta de análisis crítico de calidad de la evidencia.	Un artículo de NEJM describe los principales ensayos del nuevo biológico en pacientes refractarios.
Editorial	Texto breve de reflexión o crítica sobre un artículo o tema relevante.	Contextualizar hallazgos, señalar implicaciones clínicas, advertir sobre incertidumbre.	Opinión del autor, riesgo de conflictos de interés, no es evidencia primaria.	Una editorial en Lancet recomienda prudencia antes de adoptar el nuevo biológico por seguimiento corto de ensayos.
Carta al editor	Comunicación breve que comenta o cuestiona artículos publicados.	Señalar limitaciones metodológicas, generar debate académico.	Opiniones puntuales, no constituyen evidencia, riesgo de sesgo personal.	Investigadores critican en una carta el tamaño muestral reducido y la falta de seguridad a largo plazo.
Opinión de expertos	Recomendaciones basadas en experiencia clínica o liderazgo en el campo.	Orientar en ausencia de evidencia robusta, útil en enfermedades raras/emergentes.	Muy susceptible a sesgos, dependencia de autoridad, posibles conflictos de interés.	Un experto en congreso sugiere que el biológico será clave en el futuro, aunque advierte que falta más evidencia.

Fuente: Elaborado con apoyo de inteligencia artificial y validación del autor

5. EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y RELEVANCIA

Evaluar la validez de una fuente no sistematizada implica reconocer que, a diferencia de los estudios primarios o las revisiones sistemáticas, aquí no existen protocolos estrictos de búsqueda ni criterios uniformes de calidad. Por ello, el lector debe apoyarse en preguntas clave que le permitan valorar si el contenido es confiable y si resulta relevante para su paciente.

5.1 VALIDEZ

La validez de estas fuentes se relaciona con la calidad de la información presentada y la transparencia del proceso con que fue elaborada. Para ello conviene plantearse:

- Autoría y experticia: ¿Quién escribió el texto? ¿Se trata de un especialista reconocido en el área? ¿Qué trayectoria tiene en investigación y práctica clínica?
- Transparencia de la evidencia citada: ¿La fuente presenta referencias actualizadas y trazables, o se limita a opiniones sin sustento bibliográfico?
- Reconocimiento de limitaciones: ¿El autor declara de manera explícita los vacíos de evidencia, la falta de ensayos robustos o las controversias existentes?
- Conflictos de interés (COI): ¿Existen vínculos con la industria u otras entidades que puedan sesgar las conclusiones?

En nuestro caso clínico, el médico internista podría evaluar la validez de una revisión narrativa sobre el nuevo biológico preguntándose si el autor tiene experiencia real en artritis reumatoide, si presenta referencias actualizadas y si reconoce la ausencia de estudios a largo plazo.

5.2 RELEVANCIA

La relevancia se refiere al grado en que la información puede aplicarse al contexto clínico del paciente. Aquí es importante preguntarse:

- Concordancia con la pregunta clínica: ¿El texto responde directamente al problema del paciente o aborda aspectos tangenciales?
- Contexto y aplicabilidad: ¿Los estudios citados incluyen pacientes similares en edad, comorbilidades o gravedad de la enfermedad? ¿Se realizaron en entornos comparables al nuestro?
- Implicaciones prácticas: ¿Las conclusiones ofrecen recomendaciones que pueden trasladarse a la consulta? ¿O se limitan a hipótesis sin utilidad inmediata?
- Riesgo-beneficio contextualizado: ¿El texto discute riesgos y costos que sean relevantes para el paciente, o solo presenta eficacia teórica?

En el caso de la artritis reumatoide, aunque un artículo de actualización en NEJM describa los resultados del nuevo biológico, la relevancia para la paciente de 68 años dependerá de si esos estudios incluyeron adultos mayores, de si el perfil de seguridad es aplicable a su comorbilidad y de la disponibilidad real del medicamento en Bolivia.

5.3 INTEGRACIÓN PRÁCTICA

La evaluación de validez y relevancia no es un ejercicio abstracto, sino una herramienta para triangular fuentes. Un resumen en UpToDate puede ser válido por estar actualizado y firmado por expertos, pero su relevancia dependerá de si incluye datos aplicables al perfil del paciente. Una editorial puede carecer de validez como evidencia primaria, pero ser relevante porque advierte riesgos que deben discutirse en la consulta.

En síntesis, la validez garantiza que la información sea confiable, mientras que la relevancia asegura que sea útil en el contexto clínico específico. Solo la combinación de ambas dimensiones permite que estas fuentes no sistematizadas aporten valor real a la toma de decisiones.

6. CHEKLIST

El presente checklist está armado con base en marcos y políticas internacionales vigentes (SANRA para narrativas; GRADE para valorar certeza y fuerza de recomendaciones; políticas de COI de ICMJE; metodologías editoriales de BMJ Best Practice, UpToDate y DynaMed; y el estándar

PRISMA como contraste de transparencia).

Tabla 2. Checklist unificado para evaluar fuentes de evidencia no sistematizada

Bloque / ítem	Pregunta clave	Referencia internacional
A. Común a todas las fuentes		
1. Fecha y vigencia	¿La publicación/actualización está claramente fechada y es reciente?	BMJ Best Practice, UpToDate, DynaMed (uso de GRADE, historial de actualización)
2. Transparencia bibliográfica	¿Las referencias son suficientes, trazables y actualizadas?	PRISMA 2020 (estándar de transparencia)
3. Conflictos de interés	¿Se declaran relaciones financieras/no financieras?	ICMJE, COPE
4. Equilibrio en la presentación	¿Se mencionan limitaciones, controversias o resultados negativos?	GRADE (dominios: sesgo, publicación)
5. Concordancia externa	¿La conclusión coincide o explica su diferencia con RS/guías?	WHO Guideline Handbook, GRADE
6. Magnitud del efecto	¿Reporta resultados en términos clínicos absolutos, con IC95%?	GRADE (dominio: imprecisión)
7. Consistencia	¿Considera la homogeneidad/heterogeneidad entre estudios citados?	GRADE (dominio: inconsistencia)
8. Relevancia y aplicabilidad	¿Los pacientes/intervenciones son comparables a los tuyos?	GRADE (dominio: indirectitud)
9. Riesgos, costos y factibilidad	¿Se discuten daños, costos y barreras de implementación?	GRADE EtD (evidence-to-decision)
10. Plan de reevaluación	¿La fuente o el clínico anticipa revisar la decisión al aparecer evidencia de mayor calidad?	Buenas prácticas MBE
B. Específico por tipo de fuente		
	Aspectos clave	Referencia internacional
Revisión narrativa	Claridad del objetivo, importancia del tema, descripción mínima de la búsqueda, referencias suficientes, interpretación equilibrada, reconocimiento de limitaciones.	SANRA scale (Baethge et al., 2019)
Sumarios en el punto de cuidado	Fecha de actualización visible, referencias a RS/guías, uso de GRADE para graduar certeza y fuerza, declaración de COI.	BMJ Best Practice, UpToDate, DynaMed (GRADE framework)
Artículo de actualización	Ventana temporal explícita, criterios pragmáticos de selección, discusión de hallazgos positivos y negativos, vínculo con RS/guías.	PRISMA como contraste de transparencia
Editorial	Anclaje en datos, independencia editorial, transparencia de COI, reconocimiento explícito de incertidumbre.	COPE, WAME
Carta al editor	Crítica metodológica concreta, referencias contrastables, ausencia de afirmaciones exageradas, COI declarado.	COPE
Opinión de expertos	Pertinencia del experto, base diferenciada entre datos y experiencia, coherencia con RS/guías, declaración de COI.	ICMJE, WAME

Fuente: Elaborado con apoyo de inteligencia artificial y validación del autor.

Cómo usarlo:

- Bloque común (todas las fuentes): aplica a cualquier narrativa, sumario, actualización, editorial, carta u opinión experta.
- Bloque específico: añade el mini-checklist según el tipo de fuente.

Escala sugerida (orientativa): 0 = no cumple, 1 = parcialmente, 2 = cumple. La suma no es un instrumento validado, sirve para estructurar el juicio crítico. Para narrativas puedes además aplicar SANRA (6 ítems) de forma explícita.

7. UTILIDAD

Las fuentes de evidencia no sistematizada cumplen un papel fundamental en la práctica clínica, siempre que se reconozca su lugar en la jerarquía de la evidencia y se usen con el debido espíritu crítico. Su utilidad radica en que permiten llenar vacíos de información cuando no existen revisiones sistemáticas, guías clínicas o metaanálisis recientes, y en que facilitan al médico responder preguntas inmediatas que surgen en la consulta o en la guardia.

En el caso de la paciente con artritis reumatoide que consulta por un nuevo biológico, estas fuentes —revisiones narrativas, sumarios de evidencia, artículos de actualización, editoriales,

cartas y opiniones de expertos— ofrecen un mapa preliminar del conocimiento disponible. Gracias a ellas, el médico puede:

- Informar con rapidez al paciente, explicando los avances más recientes y la experiencia acumulada hasta el momento.
- Identificar tendencias emergentes, como la llegada de nuevas moléculas o estrategias terapéuticas que aún no cuentan con revisiones sistemáticas.
- Anticipar debates y controversias, a través de cartas al editor o editoriales que señalan limitaciones metodológicas o posibles riesgos de la nueva terapia.
- Guiar la toma de decisiones compartida, reconociendo que las recomendaciones son provisionales y que deberán reevaluarse cuando surja evidencia de mayor calidad.
- Estimular la investigación local, ya que los vacíos detectados en estas fuentes pueden transformarse en preguntas de investigación relevantes para residentes y especialistas.
- Su mayor fortaleza es la accesibilidad y rapidez con la que permiten obtener información práctica. Sin embargo, su utilidad no radica en sustituir a la evidencia sistematizada, sino en complementarla: sirven de puente temporal que orienta al clínico mientras espera datos más sólidos.

En definitiva, las fuentes de evidencia no sistematizada son herramientas de transición: ofrecen contexto, orientación preliminar y discusión crítica, pero requieren ser siempre filtradas mediante lectura crítica, aplicadas con prudencia al paciente individual y reevaluadas cuando aparezca evidencia de mejor calidad.

8. AUTOEVALUACIÓN

PREGUNTAS CERRADAS

1. ¿Cuál de las siguientes fuentes se considera la de menor nivel en la jerarquía de la evidencia, pero puede ser útil en ausencia de revisiones sistemáticas o guías?
 - a) Ensayo clínico aleatorizado
 - b) Revisión narrativa
 - c) Metaanálisis
 - d) Cohorte prospectiva
2. En el caso clínico de la paciente con artritis reumatoide, ¿qué fuente ofrece información práctica y actualizada para responder al paciente en tiempo real?
 - a) Carta al editor
 - b) Sumario en el punto de cuidado (UpToDate, DynaMed, BMJ BP)
 - c) Editorial
 - d) Revisión narrativa
3. ¿Qué instrumento internacional se recomienda para evaluar la calidad de una revisión narrativa?
 - a) PRISMA
 - b) SANRA
 - c) CONSORT
 - d) QUADAS-2
4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las editoriales es correcta?
 - a) Son evidencia primaria y pueden modificar la práctica clínica.
 - b) Constituyen opiniones críticas o reflexivas y deben interpretarse con cautela.
 - c) Equivalen metodológicamente a revisiones sistemáticas.
 - d) No requieren declaración de conflictos de interés.
5. ¿Qué aspecto es clave al evaluar la relevancia de una fuente no sistematizada?
 - a) Si el autor es un experto internacional.
 - b) Si el artículo está en una revista de alto impacto.
 - c) Si la población estudiada y las intervenciones son comparables a las del paciente.
 - d) Si la fuente cita más de 50 referencias.

PREGUNTAS ABIERTAS

6. ¿Cómo explicaría a la paciente con artritis reumatoide la diferencia entre la información obtenida en un sumario de evidencia y la que proviene de una revisión sistemática?

7. Mencione dos fortalezas y dos limitaciones de los artículos de actualización.
8. ¿Qué rol juegan las cartas al editor en el proceso de construcción de la evidencia?
9. ¿Qué elementos debe considerar un clínico para determinar si una opinión de experto es aplicable a su paciente?
10. ¿Cómo se debe integrar la información de varias fuentes no sistematizadas cuando se enfrenta un problema clínico sin revisiones sistemáticas ni guías disponibles?

RESPUESTAS

1. b) Porque las revisiones narrativas no siguen una metodología sistemática ni criterios estrictos de selección, lo que las ubica en un nivel bajo de la jerarquía de la evidencia, aunque siguen siendo útiles como aproximación inicial en ausencia de evidencia de mayor calidad.
2. b) Porque los sumarios en el punto de cuidado están diseñados para ofrecer información sintetizada, actualizada y directamente aplicable en la consulta clínica en tiempo real.
3. b) Porque SANRA es una herramienta específicamente desarrollada para evaluar la calidad de revisiones narrativas, considerando su estructura, claridad y validez del contenido.
4. b) Porque las editoriales representan interpretaciones críticas basadas en la opinión de expertos, por lo que deben ser analizadas con cautela y no considerarse evidencia primaria.
5. c) Porque la relevancia depende de la aplicabilidad clínica, es decir, de qué tan comparable es la población, intervención y contexto del estudio con el paciente que se está atendiendo.
6. La posible respuesta es que los sumarios de evidencia ofrecen información práctica, rápida y actualizada para la toma de decisiones inmediatas, pero no siguen un proceso sistemático tan riguroso como una revisión sistemática, la cual evalúa de manera exhaustiva todos los estudios disponibles y proporciona conclusiones con mayor nivel de certeza.
7. La posible respuesta es que las fortalezas incluyen la actualización rápida del conocimiento y la síntesis práctica de avances recientes, mientras que las limitaciones son la posible omisión de estudios contradictorios y la falta de evaluación sistemática de la calidad de la evidencia.
8. La posible respuesta es que las cartas al editor permiten identificar limitaciones metodológicas, cuestionar resultados y fomentar el debate científico, contribuyendo a una interpretación más crítica de la evidencia disponible.
9. La posible respuesta es que se debe considerar la experiencia del experto en el tema, la coherencia de sus recomendaciones con la evidencia existente, la presencia de conflictos de interés y la aplicabilidad de sus conclusiones al contexto clínico del paciente.
10. La posible respuesta es que se debe realizar una triangulación de la información, integrando sumarios de evidencia, artículos de actualización, editoriales y opiniones de expertos, aplicando juicio crítico, considerando la incertidumbre y planificando una reevaluación cuando exista evidencia de mayor calidad.

REFERENCIAS

- Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA: A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5. Available at: <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995–8. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence—introduction. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1311–6. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.004>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):407–15. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.017>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049–51. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.39493.646875.AE>.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Akl EA, Kennedy C, Konda K, Caceres CF, Horvath T, Ayala G, et al. Using GRADE methodology for the development of public health guidelines for the prevention and treatment of HIV and other STIs among men who have sex with men and transgender people. *BMC Public Health*. 2012;12:386. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-386>.
- Zhang S, Wu QJ, Liu SX. A methodologic survey on use of the GRADE approach in evidence syntheses published in high-impact factor urology and nephrology journals. *BMC Med Res Methodol*. 2022;22(1):220. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01701-x>.
- International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. Updated 2025 [cited 2026 Apr 22]. Available at: <https://www.icmje.org/recommendations/>.
- UpToDate. Editorial policy [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [cited 2026 Apr 22]. Available at: <https://www.uptodate.com/home/editorial-policy>.
- UpToDate. Grading guide [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [cited 2026 Apr 22]. Available at: <https://www.uptodate.com/home/grading-guide>.
- BMJ Best Practice. What is GRADE? [Internet]. London: BMJ Publishing Group; [cited 2026 Apr 22]. Available at: <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade>.
- World Association of Medical Editors. Conflict of interest in peer-reviewed medical journals [Internet]. [place unknown]: WAME; [cited 2026 Apr 22]. Available at: <https://www.wame.org/conflict-of-interest-in-peer-reviewed-medical-journals/events-listing.php>.