



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Utilidad de las revisiones del *Cochrane Skin Group* para la práctica clínica

P. Davila-Seijo*, A. Batalla e I. Garcia-Doval

Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP), Servicio Galego de Saúde (SERGAS), Pontevedra, España

Recibido el 18 de septiembre de 2012; aceptado el 16 de diciembre de 2012

Disponible en Internet el 17 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Bases de datos;
Bibliográfico;
Dermatología;
Medicina-basada en la evidencia;
Cochrane Skin Group;
Revisiones sistemáticas;
Revisión de la literatura como tema;
Bibliometría

KEYWORDS

Database;
Bibliographic;
Dermatology;

Resumen

Introducción y objetivos: Las revisiones sistemáticas son una de las fuentes más importantes de Medicina basada en la evidencia. No obstante, existe una impresión de que estas revisiones rara vez aportan resultados con evidencia suficiente para cambiar nuestra práctica.

El objetivo de este trabajo es determinar el porcentaje de revisiones publicadas por el *Cochrane Skin Group* (Grupo Cochrane de Piel) con resultados útiles para guiar nuestras decisiones clínicas.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis bibliométrico de las revisiones sistemáticas realizadas por el *Cochrane Skin Group* y publicadas hasta el 16 de agosto de 2012. Se obtuvieron un total de 55 revisiones, las cuales fueron analizadas y clasificadas de forma independiente por 2 investigadores en: 0) no existe evidencia suficiente para apoyar o rechazar ninguna intervención; 1) no existe evidencia suficiente para rechazar o apoyar una intervención pero sí existe suficiente evidencia para hacer recomendaciones o sugerencias; y 2) existe una fuerte evidencia para apoyar o rechazar una intervención.

Resultados: Del total de las revisiones publicadas por el *Cochrane Skin Group* el 25,5% (14/55) no mostraban evidencia suficiente en ninguna de las intervenciones estudiadas para sustentar su rechazo o aprobación. Un 29,1% (16/55) obtuvo resultados con una fuerte evidencia a favor o en contra de alguna de las intervenciones estudiadas y el 45,5% (25/55) mostraba evidencia suficiente, aunque no fuerte, para hacer sugerencias o recomendaciones.

Conclusiones: La mayoría de las revisiones sistemáticas del *Cochrane Skin Group* aportan información útil para mejorar nuestra actividad clínica. Los clínicos deberían leerlas y compararlas con su práctica actual.

© 2012 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Usefulness of Cochrane Skin Group Reviews for Clinical Practice

Abstract

Background and objective: Systematic reviews are one of the most important sources of information for evidence-based medicine. However, there is a general impression that these reviews rarely report results that provide sufficient evidence to change clinical practice.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pauladavilaseijo@gmail.com (P. Davila-Seijo).

Evidence-based medicine;
Cochrane Skin Group;
Systematic reviews;
Review literature as topic;
Bibliometrics

The aim of this study was to determine the percentage of Cochrane Skin Group reviews reporting results with the potential to guide clinical decision-making.

Material and methods: We performed a bibliometric analysis of all the systematic reviews published by the Cochrane Skin Group up to 16 August, 2012. We retrieved 55 reviews, which were analyzed and graded independently by 2 investigators into 3 categories: 0 (insufficient evidence to support or reject the use of an intervention), 1 (insufficient evidence to support or reject the use of an intervention but sufficient evidence to support recommendations or suggestions), and 2 (sufficient evidence to support or reject the use of an intervention).

Results: Our analysis showed that 25.5% (14/55) of the studies did not provide sufficient evidence to support or reject the use of the interventions studied, 45.5% (25/55) provided sufficient but not strong evidence to support recommendations or suggestions, and 29.1% (16/55) provided strong evidence to support or reject the use of 1 or more of the interventions studied.

Conclusions: Most of the systematic reviews published by the Cochrane Skin Group provide useful information to improve clinical practice. Clinicians should read these reviews and reconsider their current practice.

© 2012 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La Medicina basada en la evidencia (MEB) es una corriente de pensamiento fundamentada en la toma de decisiones basadas en la evidencia científica disponible, para mejorar la atención a nuestros pacientes¹.

La información biomédica disponible es tan abundante que resulta difícil mantenerse al día y seleccionar la de mayor calidad y relevancia. Por ello son necesarias herramientas, como las revisiones sistemáticas, que faciliten este proceso mediante la evaluación y síntesis de la fuerza de evidencia de la información disponible (esta variará según el tipo de estudio).

Las revisiones sistemáticas se consideran la mejor fuente de información en la pirámide de evidencia de la información biomédica. Para su elaboración es necesario un método estructurado y el análisis crítico para eliminar o minimizar los posibles sesgos y errores aleatorios². Una revisión sistemática exige una búsqueda extensa de todos los estudios existentes sobre un tema concreto, unos criterios explícitos de selección de dichos estudios basados en la fuerza de evidencia de los mismos (esta variará según el tipo de estudio), una evaluación de la calidad de los estudios obtenidos, elaboración de una síntesis de los resultados obtenidos (cualitativa y/o cuantitativa o metaanálisis) y una interpretación de los resultados obtenidos en la revisión con implicaciones para la práctica clínica e investigación.

La publicación de revisiones sistemáticas ha aumentado en gran medida gracias a la Colaboración Cochrane, grupo internacional formado en 1993, cuyo objetivo es la realización y difusión de revisiones sistemáticas de alta calidad acerca de los efectos de intervenciones en el ámbito de la salud^{3,4}. Este grupo dispone de una base de datos de revisiones sistemáticas (*Cochrane Database of Systematic Reviews* [CDSR]) realizadas por voluntarios de todo el mundo que trabajan de forma conjunta organizados en grupos de trabajo. Las revisiones sistemáticas realizadas por la Colaboración Cochrane presentan una alta calidad gracias a sus rigurosos protocolos de elaboración y métodos de evaluación y revisión, que minimizan los errores y sesgos, haciendo de ellas

una de las fuentes más fiables de información biomédica disponibles^{2,5,6}.

En el campo de la Dermatología el número de revisiones sistemáticas era relativamente escaso, especialmente si lo comparamos con otras especialidades médicas⁷. Este aspecto está cambiando, en parte, gracias a la labor realizada por el grupo de trabajo *The Cochrane Skin Group*^{8,9}. Desde su creación, en 1997, este grupo ha realizado revisiones sistemáticas que abarcan un amplio espectro de intervenciones dermatológicas. A pesar de ser una herramienta clave para la aproximación a la Dermatología basada en la evidencia, existe una sensación subjetiva de que frecuentemente los resultados que ofrecen las revisiones sistemáticas no aportan suficiente evidencia para guiar nuestra práctica clínica.

El objetivo del presente trabajo es determinar el porcentaje de revisiones sistemáticas realizadas por el grupo de trabajo *The Cochrane Skin Group* que muestran resultados útiles para nuestra práctica clínica.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliométrica de todas las revisiones completas publicadas por el *Cochrane Skin Group* desde su fundación en 1997 hasta el día 16 de agosto de 2012 (<http://skin.cochrane.org/our-reviews>)¹⁰.

Se evaluaron todas las revisiones de dicho grupo, sin criterios de inclusión o exclusión algunos.

Se accedió en todos los casos al artículo completo, recogiendo en cada una el título completo, autores, año de publicación y conclusiones de los autores.

Cada una de las revisiones fue evaluada por 2 investigadores, que clasificaron su utilidad para la clínica en los siguientes grupos:

- No útiles para el clínico: no existe evidencia suficiente para aconsejar o rechazar una intervención.
- Útiles: no existe una evidencia suficientemente fuerte para aconsejar o rechazar una intervención, pero la

Tabla 1 Listado de las revisiones del *Cochrane Skin Group* muy útiles para el clínico, en las cuales se encontró fuerte evidencia para realizar recomendaciones sobre alguna o algunas de las intervenciones terapéuticas revisadas junto a un resumen de las recomendaciones de los autores

Título (traducido)	Recomendaciones
Intervenciones para el penfigoide ampolloso	Dosis de inicio de prednisona mayores de 0,75 mg/kg/día no aportan beneficio adicional. Parece que dosis menores (0,5 mg/kg/día) pueden ser adecuadas para el control de la enfermedad para la mayoría de los pacientes. Este régimen podría reducir la incidencia y gravedad de efectos adversos (especialmente mortalidad) asociados con el tratamiento. Los corticoides tópicos de muy alta potencia (propionato de clobetasol) son un tratamiento efectivo y parecen tener menos efectos adversos que los corticoides sistémicos a altas dosis, no obstante, su uso en casos extensos puede verse limitado por factores prácticos en su aplicación. Deben ser considerados como primera línea terapéutica siempre que sea posible, especialmente en enfermedad localizada. El uso de grandes cantidades puede conllevar absorción sistémica y efectos adversos
Intervenciones para la pustulosis crónica palmoplantar	La eficacia de los corticoides tópicos aumenta cuando son aplicados en oclusión con apósitos hidrocoloides: aclaramiento en 2/3 de los afectados en 12 días. PUVA sistémico puede inducir aclaramiento en 2/5 de los pacientes. Los retinoides sistémicos a dosis de 0,5 mg/kg/d producen mejoría en hasta 2/3 de los pacientes y buena/excelente respuesta en 2/5. Terapia de mantenimiento con retinoides reduce la incidencia de rebrotes. La combinación de retinoides y PUVA parece mejorar la eficacia de cada una de las terapias por separado, induciendo aclaramiento en 2/3 de los pacientes. Existe evidencia de que las tetraciclinas y la ciclosporina pueden ser beneficiosas para el tratamiento de la pustulosis palmoplantar
Intervenciones para la alopecia androgénica femenina	Existe evidencia de la eficacia y seguridad de minoxidil tópico en el tratamiento de la alopecia androgénica femenina. Son necesarios estudios que comparen la aplicación de minoxidil al 5% 1 v/d frente a minoxidil al 2% 2 v/d
Intervenciones para el impétigo	Existe buena evidencia de que la mupirocina o el ácido fusídico tópicos son tan efectivos o más que el tratamiento oral para pacientes con enfermedad limitada. Ambos mostraron eficacia similar. No está claro si la antibioterapia sistémica es superior a la tópica en enfermedad extensa. La penicilina resultó ser menos eficaz que otros antibióticos sistémicos. Es necesario tener en cuenta el patrón de resistencia a antibióticos a la hora de seleccionar el adecuado
Intervenciones para las uñas encarnadas	Las intervenciones quirúrgicas son más eficaces que las no quirúrgicas en la prevención de recurrencias. La fenolización de la matriz asociada a la intervención quirúrgica parece más eficaz en la prevención de remisiones. No existe evidencia que demuestre que la administración de antibióticos profilácticos posquirúrgicos reduzca el riesgo de complicaciones
Intervenciones para el penfigoide mucoso benigno y la epidermólisis bullosa adquirida	Existe respuesta a dapsona en la mayoría de pacientes con penfigoide mucoso benigno con actividad leve-moderada, por lo que debería ser la primera opción de tratamiento en estos pacientes dada su menor toxicidad en comparación con ciclofosfamida. Existe evidencia moderada de la respuesta a ciclofosfamida en combinación con corticoides
Intervenciones para la piel fotodañada	Existe evidencia clara de que la tretinoína tópica mejora la apariencia del fotoenvejecimiento leve-moderado en la cara y los antebrazos a corto plazo. No obstante, al inicio del tratamiento son esperables descamación, sequedad, irritación y quemazón
Intervenciones para rosácea	Para el tratamiento de la rosácea papulopustulosa el uso de metronidazol tópico, ácido azelaico y dosis antiinflamatorias de doxiciclina (40 mg) parecen ser efectivos y seguros a corto plazo. Existe evidencia de que la doxiciclina a dosis de 40 mg/d es tan eficaz como a dosis de 100 mg/d con menor número de efectos adversos
Intervenciones para la necrólisis epidérmica tóxica	El tratamiento con talidomida no ha mostrado eficacia y sí mayor mortalidad que placebo. No existen ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia y seguridad de otras intervenciones como corticoides sistémicos, ciclosporina, inmunoglobulinas, en esta enfermedad
Láser o fuentes de luz para el tratamiento de las manchas en vino de Oporto	

Tabla 1 (Continuación)

Título (traducido)	Recomendaciones
Tratamiento oral para infecciones fúngicas cutáneas del pie	El láser de colorante pulsado permite obtener un aclaramiento clínicamente relevante en las manchas en vino de Oporto Terbinafina parece más eficaz que griseofulvina para el tratamiento de la <i>tinea pedis</i> . Terbinafina e itraconazol son más eficaces que placebo. Terbinafina (2 semanas) es más eficaz que itraconazol (2 semanas). No se ha encontrado diferencias significativas entre terbinafina 2 semanas versus itraconazol 4 semanas; entre fluconazol versus ketoconazol o itraconazol; entre griseofulvina y ketoconazol y entre diferentes dosis de fluconazol
Antifúngicos sistémicos para la <i>tinea capitis</i> en niños	Terbinafina, fluconazol e itraconazol son igual de eficaces que griseofulvina en el tratamiento de <i>tinea capitis</i> en niños causada por especies de <i>Trichophyton</i> . Las pautas más cortas de estos antifúngicos pueden mejorar la adherencia al tratamiento con un buen perfil de seguridad en niños
Pimecrolimus tópico para el eccema	Pimecrolimus tópico es menos eficaz que corticoides tópicos de moderada y alta potencia y que tacrolimus tópico al 0,1%
Tratamientos tópicos para la psoriasis en placas crónica	Las pruebas indican que los productos con vitamina D son más efectivos que el emoliente solo. Los corticosteroides potentes y muy potentes también son efectivos y los corticosteroides muy potentes son más efectivos que los corticosteroides potentes o los productos con vitamina D. La efectividad del ditranol y el tazaroteno parece ser similar a la de los productos con vitamina D. Aunque la vitamina D y los corticosteroides son igualmente efectivos para tratar la psoriasis del cuerpo, los corticosteroides parecen ser más efectivos que la vitamina D para tratar la psoriasis del cuero cabelludo. El tratamiento combinado de la vitamina D con corticosteroides es más efectivo que la vitamina D sola o el corticosteroide solo. La vitamina D es más efectiva que el alquitrán de hulla, pero los resultados sobre la efectividad relativa de la vitamina D y el ditranol fueron mixtos. La oclusión mejora la efectividad de la vitamina D si la aplicación se realiza 2 veces al día en lugar de una vez al día
Tratamientos tópicos para las verrugas cutáneas	Existe clara evidencia de que el tratamiento con preparados tópicos que contengan ácido salicílico tiene un efecto terapéutico. Existe menor evidencia de la eficacia de la crioterapia, pero esta no parece ser superior a la de métodos más sencillos y seguros
Tratamientos tópicos para las infecciones fúngicas de la piel y las uñas del pie	El tratamiento tópico con alilaminas o azoles en el pie de atleta mostró un porcentaje mucho más alto de curaciones que placebo. Las alilaminas mostraron una tasa de curación ligeramente mayor que los azoles

PUVA: psoraleno asociado a fototerapia con UVA.

evidencia que existe es suficiente para realizar recomendaciones o sugerencias.

- Muy útiles: existe una fuerte evidencia para apoyar o rechazar una intervención.
- Inclasificables.

Los datos fueron recogidos en Microsoft Excel 2007® de manera independiente por cada uno de los 2 investigadores (PDS y AB).

En caso de discrepancias entre los 2 investigadores principales, los artículos fueron valorados por un tercer investigador (IGD).

Resultados

Con la estrategia de búsqueda se obtuvieron 55 revisiones sistemáticas que fueron analizadas en su totalidad (tablas 1 y 2).

De ellas 14 (25,5%) no mostraban evidencia suficiente en ninguna de las intervenciones estudiadas para sustentar su rechazo o aprobación (fig. 1).

Un total de 16 (29,1%) obtuvieron resultados con una fuerte evidencia a favor o en contra de alguna de las intervenciones estudiadas (fig. 1).

Por último, 25 de las 55 revisiones (45,5%) mostraban evidencia media (fig. 1), suficiente para hacer sugerencias o recomendaciones, pero resaltando la falta de una fuerte evidencia y la necesidad de la realización de ensayos clínicos aleatorizados de buena calidad para poder obtenerla.

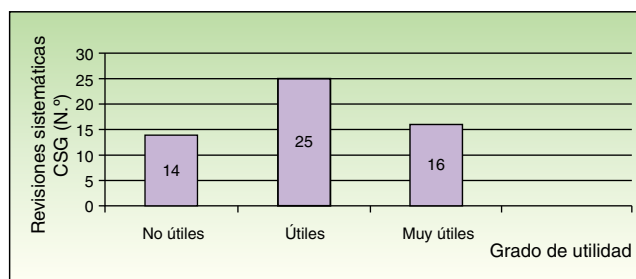


Figura 1 Clasificación de las revisiones sistemáticas del *Cochrane Skin Group* según su utilidad clínica en: no útiles para el clínico (no permite ningún tipo de recomendación a favor o en contra de las intervenciones estudiadas); útiles (la evidencia encontrada no es fuerte, pero sí suficiente para realizar recomendaciones o sugerencias sobre alguna de las intervenciones estudiadas) y muy útiles (se encontró una fuerte evidencia a favor o en contra de alguna de las intervenciones estudiadas).

Tabla 2 Lista de las revisiones sistemáticas del *Cochrane Skin Group* no incluidas en la tabla 1 (no clasificadas como muy útiles)

Título
<i>Revisiones clasificadas como «útiles para el clínico»</i>
Hierbas medicinales chinas para el eccema atópico
Dietas de exclusión para el eccema atópico establecido
Tratamientos para el lupus eritematoso discoide
Intervenciones para la leishmaniasis americana cutánea y mucocutánea
Intervenciones para la leishmaniasis cutánea del viejo mundo
Intervenciones para el carcinoma basocelular de la piel
Intervenciones para celulitis y erisipelas
Intervenciones para el liquen plano erosivo en mucosas
Intervenciones para el eritema nudoso leproso
Intervenciones para el hemangioma infantil de la piel
Intervenciones para el melasma
Intervenciones para pénfigo vulgar y pénfigo foliáceo
Intervenciones para pitiriasis rosada
Intervenciones para la prevención de tipos de cáncer de piel no melanoma en grupos de alto riesgo
Intervenciones para la prevención de dermatitis irritativa de manos ocupacional
Intervenciones para los cambios cutáneos causados por el daño neural en la lepra
Intervenciones para el vitíligo
Intervenciones para la reducción del <i>Staphylococcus aureus</i> en el manejo de la dermatitis atópica
Láser y fotodepilación para el crecimiento de vello indeseado
Probióticos para el tratamiento del eccema
Intervenciones psicológicas y educativas en niños con eccema atópico
Seguridad de los corticoides tópicos en el embarazo
Tratamientos sistémicos para el melanoma cutáneo metastásico
Intervenciones tópicas para el liquen escleroso genital
<i>Revisiones clasificadas como «no útiles para el clínico»</i>
Intervenciones antiestreptocócicas para la psoriasis en gotas y en placas crónica
Quimioinmunoterapia versus quimioterapia en melanoma maligno metastásico
Pañales desechables para la prevención de la dermatitis del pañal en niños
Antagonistas del receptor de histamina H2 para la urticaria
Intervenciones para la alopecia <i>areata</i>
Intervenciones para el <i>Molluscum contagiosum</i> cutáneo
Intervenciones para la psoriasis <i>guttata</i>
Intervenciones para carcinoma escamoso cutáneo no metastásico
Láser <i>resurfacing</i> para las cicatrices de acné
Minociclina para el acné vulgar: eficacia y seguridad
Ioduro potásico oral para el tratamiento de la esporotricosis
Estatinas y fibratos para la prevención del melanoma
Márgenes de escisión quirúrgica para el melanoma cutáneo primario
Vitamina A tópica, o derivados, para la prevención y tratamiento de la dermatitis del pañal en niños

Durante la clasificación por parte de los 2 investigadores principales se observaron discrepancias en 9 de las 55 revisiones sistemáticas. Estas discrepancias fueron solventadas tras una valoración conjunta, sin necesidad de recurrir a la valoración del tercer investigador.

Discusión

La MEB ha sido introducida en la Dermatología con un mayor retraso en comparación con otras áreas médicas. Este hecho se evidencia por el menor número de ensayos clínicos de alta calidad para evaluar intervenciones terapéuticas dermatológicas, comparado con otras especialidades como pueden ser la Cardiología, la Reumatología y la Medicina Interna^{1,11,12}.

Muchas de las terapias denominadas «clásicas» no han probado su eficacia en un ensayo clínico aleatorizado, y la mayor parte no han sido evaluadas frente a placebo. Es posible que la aceptación del uso de tratamientos empíricos sea debido a la creencia de que no existe una mejor evidencia disponible. Esta aseveración no debería realizarse al menos hasta que una revisión sistemática de alta calidad haya sido realizada.

Cuanto mayor es la cantidad de información disponible sobre un tema, mayor es la necesidad de disponer de herramientas de síntesis, como las revisiones sistemáticas, que disminuyen la necesidad de recurrir a las fuentes primarias¹².

En este trabajo se ha realizado un análisis de todas las revisiones del *Cochrane Skin Group* realizadas hasta agosto

de 2012, obteniéndose resultados que ponen de manifiesto la utilidad práctica de estas revisiones, en las que en más del 70% son útiles para apoyar o no el uso de determinadas intervenciones terapéuticas o de prevención en el campo dermatológico. Solamente en el 26% de las mismas no se obtiene evidencia suficiente para realizar ningún tipo de recomendación. El que una revisión sistemática no encuentre evidencia suficiente la hace poco útil para el clínico, pero no para la especialidad, pues pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de calidad para subsanar este déficit de conocimiento, fomentando la investigación en estas áreas.

Una de las ventajas de nuestro estudio es la elevada reproducibilidad de la clasificación de los trabajos, con escasas dudas a la hora de realizarla. Otra de las ventajas es que nuestro trabajo evalúa exclusivamente revisiones sistemáticas realizadas por el *Cochrane Skin Group*, lo que garantiza la calidad de las mismas y la fiabilidad de las recomendaciones.

Como inconvenientes, nuestro estudio analiza únicamente las revisiones del *Cochrane Skin Group*, no se evalúa otras fuentes de revisiones sistemáticas que pueden ser relevantes para los dermatólogos y que cada vez son más numerosas, incluidas otras revisiones sistemáticas de la *Cochrane Collaboration* no realizadas por el *Cochrane Skin Group*. También debe recordarse que las revisiones sistemáticas se van actualizando y estos resultados pueden modificarse con el tiempo.

Los resultados de nuestro trabajo mejoran los resultados obtenidos por Parker et al. en 2001 donde se analizaba las revisiones sistemáticas sobre temas dermatológicos presentes en *Databasase of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)* y en *The Cochrane Collaboration*⁷. Teniendo en cuenta que el método de selección y clasificación es ligeramente diferente en ambos trabajos, en nuestro estudio se ha obtenido un porcentaje de revisiones con evidencia suficiente para realizar recomendaciones significativamente mayor al obtenido por Parker et al., siendo los porcentajes del 74,5 y del 40%, respectivamente. Esta diferencia podría ser explicada por las diferencias formales de ambos estudios, por el número creciente de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad realizados en el campo de la Dermatología, o por una elección de los temas de las revisiones sistemáticas más orientada hacia los campos con evidencia suficiente.

Conclusiones

En el presente estudio se pone de manifiesto la utilidad práctica de las revisiones del *Cochrane Skin Group*. En el 75% de las revisiones sistemáticas obtenidas se encuentra evidencia suficiente para realizar algún tipo de recomendación o sugerencia a favor o en contra de una determinada intervención. Estas recomendaciones pueden ser aplicadas a la mejora de nuestra práctica clínica diaria, ayudándonos en la toma de decisiones y haciendo que nos cuestionemos algunas de las prácticas comúnmente establecidas. Las revisiones sistemáticas en las que no se dan recomendaciones son útiles para guiar la investigación futura.

Comparar nuestra actividad con lo recomendado por las revisiones del *Cochrane Skin Group* es un buen método para mejorar la atención a nuestros pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bigby M. Evidence-based medicine in a nutshell. A guide to finding and using the best evidence in caring for patients. *Arch Dermatol.* 1998;134:1609–18.
2. Jadad AR, Cook DJ, Jones A, Klassen TP, Tugwell P, Moher M, et al. Methodology and reports of systematic reviews and meta-analyses: A comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA.* 1998;280:278–80.
3. Chalmers I. The Cochrane collaboration: Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Ann N Y Acad Sci.* 1993;703:156–63.
4. Bero L, Rennie D, The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA.* 1995;274:1935–8.
5. Collier A, Heilig L, Schilling L, Williams H, Dellavalle RP. Cochrane Skin Group systematic reviews are more methodologically rigorous than other systematic reviews in dermatology. *Br J Dermatol.* 2006;155:1230–5.
6. Olsen O, Middleton P, Ezzo J, Gotzsche PC, Hadhazy V, Herxheimer A, et al. Quality of Cochrane reviews: Assessment of sample from 1998. *BMJ.* 2001;323:829–32.
7. Parker ER, Schilling LM, Diba V, Williams HC, Dellavalle RP. What is the point of databases of reviews for dermatology if all they compile is insufficient evidence. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:635–9.
8. Williams H, Adetugbo K, Po AL, Naldi L, Diepgen T, Murrell D. The Cochrane Skin Group. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of clinical interventions in dermatology. *Arch Dermatol.* 1998;134:1620–6.
9. Gonzalez U, The Cochrane Skin Group. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:518–25.
10. The Cochrane Skin Group [consultado 8 Aug 2012]. Disponible en: <http://skin.cochrane.org/our-reviews>
11. Williams H. Dowling Oration 2001. Evidence-based dermatology—a bridge too far? *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:714–24.
12. Manriquez Moreno JJ. Evidence-based dermatology: A synopsis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:89–99.