



# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

*OSCAR DE JESÚS GONZÁLEZ DEL CARPIO*

*8° SEMESTRE*

*DR. EDUARDO ZEBADÚA*

*MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS*

*MEDICINA HUMANA*

*UNIDAD 1*

**“Principios y fundamentos de la medicina basada en evidencias”**

**“Formulación de preguntas clínicas que puedan responderse”**



# Principios y fundamentos de la medicina basada en evidencias

La MBE es una corriente metodológica de razonamiento que pretende unir la experiencia clínica al método científico, incluyendo en la toma de decisiones los valores del paciente. Una definición es: “ante un problema de salud de un paciente, aplicar la mejor evidencia actual, metodológicamente aprobada y criticada de manera formal antes de decidir su uso”

La metodología de la MBE busca con su ejercicio que todo el personal, que interviene en las ciencias de la salud, reflexione en forma sistemática todas las decisiones a tomar ante una misma o diferente problemática de salud que presente un paciente o un grupo de pacientes, buscando dar soluciones con experiencia y bases científicas.

## ***Objetivos de la MBE***

- ~ Alimentar un diagnóstico
- ~ Ayudar a establecer la mejor terapéutica actual
- ~ Establecer un pronóstico para la vida y la función
- ~ Acceder a las bases electrónicas de datos científicos relacionados con las ciencias de la salud
- ~ Instruir al cuerpo médico y grupos afines en la revisión crítica de la información obtenida
- ~ Capacitar a todos los individuos relacionados con las áreas de ciencias de la salud

## ***Ventajas de la MBE***

### ***Para el médico:***

- ~ Actualiza sus conocimientos
- ~ Mejora su juicio crítico
- ~ Incrementa la confianza en las acciones médicas
- ~ Mejora la comprensión del método científico
- ~ Incrementa su capacidad en la búsqueda y análisis de la información científica
- ~ Ante un problema, aumenta en general su reflexión
- ~ Facilita la precisión en el enfoque y el abordaje clínico y paraclínico
- ~ Limita las opiniones
- ~ Da base científica a los criterios
- ~ Motiva la investigación científica
- ~ Estimula la elaboración y aplicación de las guías de práctica clínica.



### ***Para el paciente:***

- ~ Disminuye la variabilidad de opiniones
- ~ Mejora la comunicación médico-paciente
- ~ Participa en la toma de decisiones
- ~ Atención médica integral, actualizada y documentada
- ~ Democratización real del conocimiento.

### ***Desventajas de la MBE***

- ~ La medicina basada en evidencias sólo puede practicarse si se conocen sus principios y fundamentos, su metodología y, desde luego, debe haber plena concientización de la utilidad de su práctica.
- ~ Existe el riesgo de trivializar o minusvalorar el ejercicio clínico.
- ~ La necesidad de conocer informática general y médica.
- ~ La necesidad de conocer bases de bioestadística y metodología científica.





## Formulación de preguntas clínicas que puedan responderse

### ***Preguntas de fondo y en primer plano***

Cabe señalar que las preguntas formuladas por los estudiantes se refieren a conocimientos generales que podrían ayudarles a comprender la cianosis o las acropaquias como signos o la comunicación interauricular como un trastorno. Estas preguntas “de fondo” pueden formularse acerca de cualquier trastorno o estado de salud, una prueba, un tratamiento o intervención u otros aspectos de la asistencia sanitaria, y engloban fenómenos.

Todos los médicos necesitan conocimientos de fondo y en primer plano, cuyas proporciones varían con el tiempo y dependen principalmente de nuestra experiencia con el trastorno específico en cuestión. Cuando nuestra experiencia con el trastorno es limitada, la mayoría de las preguntas que hacemos se refieren a conocimientos de fondo. A medida que nuestra experiencia clínica y nuestra responsabilidad aumentan, también aumentará el porcentaje de preguntas relativas al primer plano del tratamiento de los pacientes.

### ***Reacciones frente al conocimiento y al desconocimiento***

La práctica clínica nos obliga a utilizar una enorme cantidad de conocimientos de fondo y en primer plano. Esta demanda y nuestra percepción de ella pueden combinarse de tres maneras, que analizaremos a continuación. En primer lugar, el hecho de que nuestro paciente se encuentre en una situación difícil puede hacer que recurramos a conocimientos que ya poseemos, de forma que experimentamos unas respuestas mentales y emocionales de reafirmación que reciben el nombre de “resonancia cognitiva” al aplicar los conocimientos en nuestras decisiones clínicas. En segundo lugar, puede que nos demos cuenta de que la enfermedad del paciente exige conocimientos que no poseemos, y esta percepción da lugar a las respuestas mentales y emocionales llamadas “disonancia cognitiva” al enfrentarnos a algo que desconocemos pero que necesitamos. En tercer lugar, el dilema que nos plantea el paciente puede requerir conocimientos que no tenemos, sin que nos demos cuenta de nuestras lagunas, de forma que no somos conscientes de lo que desconocemos y nos mantenemos en una tranquila ignorancia.

### ***Dónde y cómo surgen las preguntas clínicas***

Con los años, nos hemos dado cuenta de que la mayoría de las preguntas en primer plano surgen alrededor de los aspectos centrales que intervienen en la asistencia de los pacientes. Estos agrupamientos no pretenden ser conjuntamente exhaustivos, ni mutuamente excluyentes. A pesar



de ello, nos parece útil adelantar que muchas de las preguntas surgirán de las ubicaciones habituales de este mapa: manifestaciones clínicas, etiología y riesgo, diagnóstico diferencial, pruebas diagnósticas, pronóstico, tratamiento, prevención, experiencia e importancia para el paciente y autosuperación.

### ***Principales aspectos del trabajo clínico, donde suelen surgir las preguntas clínicas***

- ~ Hallazgos clínicos
- ~ Etiología/riesgo
- ~ Manifestaciones clínicas de la enfermedad
- ~ Diagnóstico diferencial
- ~ Pruebas diagnósticas
- ~ Pronóstico
- ~ Tratamiento
- ~ Prevención
- ~ Experiencia y significado
- ~ Mejora

### ***Práctica de la medicina basada en la evidencia en tiempo real***

Dado que la carga de la enfermedad de nuestros pacientes excede el tiempo de que disponemos, es frecuente encontrarnos con muchas más preguntas que tiempo para responderlas. Ante esta situación, recomendamos tres estrategias: registrar o guardar, programar y seleccionar.

### ***¿Por qué es importante formular claramente las preguntas?***

Nuestra propia experiencia indica que las preguntas bien formuladas pueden ayudar por siete motivos diferentes:

1. Nos ayudan a centrar el escaso tiempo que podemos dedicar al aprendizaje en la evidencia que está directamente relacionada con las necesidades clínicas de nuestro paciente.
2. Nos ayudan a centrar el escaso tiempo que podemos dedicar al aprendizaje en la evidencia que está directamente relacionada con nuestras necesidades de aprendizaje particulares o las de nuestros alumnos.
3. Nos sugieren estrategias de búsqueda de alto rendimiento.
4. Nos sugieren las formas que podrían adoptar las respuestas útiles.



5. Al recibir o derivar a un paciente mediante una interconsulta, nos ayudan a comunicarnos más claramente con nuestros colegas.

6. Al impartir docencia, ayudan a los alumnos a comprender mejor el contenido de lo que les enseñamos al tiempo que elaboran algunos procesos adaptativos para el aprendizaje de por vida.

7. Cuando nuestras preguntas obtienen respuesta, nuestros conocimientos aumentan, nuestra curiosidad se intensifica, nuestra resonancia cognitiva se restablece y nos convertimos en médicos mejores, más rápidos y más satisfechos.

Además, las investigaciones que hemos analizado hasta ahora indican que los médicos que aprenden esta estrategia estructurada formulan preguntas más específicas, realizan más búsquedas de evidencias más precisas

Unas buenas preguntas constituyen la espina dorsal de la práctica y la docencia de la medicina basada en la evidencia (MBE), y los pacientes son el punto de partida de ambas.

### ***Enseñar a formular preguntas para practicar la MBE en tiempo real***

La enseñanza de las habilidades necesarias para formular y responder preguntas puede integrarse con cualquier otro tipo de docencia clínica, a la cabecera del paciente o en otro punto de asistencia sanitaria, y no requiere demasiado tiempo extra. Se tarda menos de un minuto en presentar ejemplos de cómo formular preguntas, mientras que se suele tardar entre 2 y 3 minutos en orientar a los alumnos para que formulen una pregunta sobre un paciente.

<p><b>Cuadro 1.4</b> Presentación a la cabecera del paciente con receta educativa incluida</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apellido del paciente.</li><li>2. Edad del paciente.</li><li>3. Fecha de ingreso del paciente.</li><li>4. Enfermedad o síntoma(s) que provocaron el ingreso. Para cada síntoma, indicar:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Localización en el cuerpo.</li><li>b. Características.</li><li>c. Cantidad, intensidad y grado de deterioro.</li><li>d. Cronología: cuándo comenzó, constante o episódico, progresivo...</li><li>e. Contexto: en qué circunstancias aparece/apareció.</li><li>f. Factores que lo agravan o que lo mitigan.</li><li>g. Síntomas asociados.</li></ol></li><li>5. ¿Se ha producido un problema parecido con anterioridad? De ser así:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Qué estudios se realizaron.</li><li>b. Qué información recibió el paciente acerca de la causa.</li><li>c. Qué tratamiento recibió el paciente.</li></ol></li><li>6. Antecedentes importantes de otras enfermedades de relevancia diagnóstica, pronóstica o pragmática y cómo influirían en la evaluación o tratamiento de la enfermedad actual.</li><li>7. Cuáles de esas otras enfermedades han sido tratadas.</li><li>8. Antecedentes familiares, en caso de que sean importantes para la enfermedad u hospitalización actual.</li><li>9. Antecedentes sociales, en caso de que sean importantes para la enfermedad u hospitalización actual.</li><li>10. Enfermedad que motivó el ingreso:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Enfermedad aguda y/o crónica.</li><li>b. Gravedad de los síntomas.</li><li>c. Tipo de asistencia solicitada.</li></ol></li><li>11. Hallazgos de interés en la exploración física en el momento del ingreso. Tras abandonar la cabecera del paciente y reunirse en un despacho privado, finalizar con:<ol style="list-style-type: none"><li>12. Resultados de las pruebas diagnósticas de interés.</li><li>13. Exposición concisa que sintetice el problema en una sola frase.</li><li>14. Cuál piensa que es el diagnóstico más probable («hipótesis principal»).</li><li>15. Qué otros diagnósticos pueden plantearse («alternativas activas»).</li><li>16. Sigüentes estudios diagnósticos previstos para confirmar la hipótesis principal o descartar las alternativas activas.</li><li>17. Valoración del pronóstico del paciente.</li><li>18. Planes de tratamiento y asesoramiento.</li><li>19. Planes para supervisar el tratamiento durante el seguimiento.</li><li>20. Planes de contingencia en caso de que el paciente no responda al tratamiento inicial.</li><li>21. Receta educativa que le gustaría escribir para sí mismo con el fin de comprender mejor la enfermedad del paciente (conocimientos de fondo) o cómo abordar la asistencia al paciente (conocimientos en primer plano) para mejorar como médico.</li></ol></li></ol>
---