

9-3-2021

Formulación de preguntas clínicas que puedan responderse

Medicina Basada en Evidencias

Dr. Eduardo Zebadúa

Medicina humana

Octavo semestre

Primer parcial

Rodolfo Marroquin Hernández
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS QUE PUEDAN RESPONDERSE

Se describen las estrategias del primer paso para cubrir estas necesidades de conocimientos: formular preguntas clínicas que puedan responderse con la evidencia procedente de la investigación. Para empezar, se presenta un encuentro con un paciente que ayudará a recordar cómo surgen las preguntas clínicas y demostrará cómo pueden utilizarse para poner en marcha el aprendizaje clínico basado en la evidencia.

Preguntas de fondo y en primer plano

Todos los médicos necesitan conocimientos de fondo y en primer plano, cuyas proporciones varían con el tiempo y dependen principalmente de nuestra experiencia.

Cuando nuestra experiencia con el trastorno es limitada, como sucede en el punto «A» (que podría corresponder a un estudiante principiante), la mayoría de las preguntas que hacemos (representadas por la dimensión vertical en la figura) se refieren a conocimientos de fondo. A medida que nuestra experiencia clínica y nuestra responsabilidad aumentan, como en el punto «B» (correspondiente a un residente de primer o segundo año), también aumentará el porcentaje de preguntas relativas al primer plano del tratamiento de los pacientes. Al adquirir una mayor experiencia sobre esa enfermedad, nos situamos en el punto «C» (médico adjunto), en el que la mayoría de nuestras preguntas se referirán al primer plano de la asistencia. Obsérvese que la línea diagonal se ha trazado de manera que indica que nunca se es demasiado inexperto como para aprender conocimientos en primer plano y que nunca se tiene demasiada experiencia como para prescindir de los conocimientos de fondo.

Nuestras 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, seamos o no conscientes de ello. 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. en el que se presentan estrategias para reforzar y actualizar con regularidad nuestros conocimientos de la mejor evidencia disponible.)

Si seguimos ocultándonos nuestras lagunas en los conocimientos y evitando aprender, ya que serán los pacientes los que pagarán las consecuencias. Estas situaciones de disonancia cognitiva (en las que sabemos que no sabemos) pueden ser unos potentes elementos motivadores para el aprendizaje, si se manejan bien, como, por ejemplo, celebrando la identificación de necesidades de conocimiento y convirtiendo el «espacio negativo» de las lagunas de conocimientos en el «espacio positivo» de las preguntas clínicas bien formuladas y aprendiendo a hallar las respuestas.

Al ser conscientes de nuestros conocimientos y pensamientos, podemos reconocer la disonancia cognitiva cuando aparezca, reconocer cuándo los conocimientos que necesitamos pueden obtenerse a través de la investigación clínica y articular las preguntas de fondo o en primer plano que podemos utilizar para hallar las respuestas.

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.

1. **Hallazgos clínicos:** cómo recopilar e interpretar correctamente los datos de la anamnesis y la exploración física.
2. **Etiología/riesgo:** cómo identificar las causas o factores de riesgo de la enfermedad (incluidos los daños iatrogénicos).
3. **Manifestaciones clínicas de la enfermedad:** saber cuándo y con qué frecuencia una enfermedad provoca sus manifestaciones clínicas y cómo utilizar este conocimiento para clasificar las enfermedades de nuestros pacientes.
4. **Diagnóstico diferencial:** cuándo considerar las posibles causas de los problemas clínicos de nuestro paciente y cómo elegir las más probables, graves y que puedan responder al tratamiento.
5. **Pruebas diagnósticas:** cómo seleccionar e interpretar las pruebas diagnósticas, confirmar o descartar un diagnóstico en función de su precisión, exactitud, aceptabilidad, seguridad, coste, etc.
6. **Pronóstico:** cómo determinar la probable evolución clínica del paciente con el tiempo y anticipar las posibles complicaciones de su enfermedad.
7. **Tratamiento:** cómo seleccionar los tratamientos para ofrecer a nuestros pacientes los que produzcan más efectos beneficiosos que perjudiciales y que compensen los esfuerzos y costes derivados de su uso.
8. **Prevención:** cómo reducir las probabilidades de enfermedad mediante la identificación y modificación de factores de riesgo y cómo diagnosticar cuanto antes la enfermedad mediante un cribado.
9. **Experiencia y significado:** cómo empatizar con las situaciones de nuestros pacientes, comprender el significado que la experiencia tiene para ellos y entender cómo este significado influye en el proceso de curación.
10. **Mejora:** cómo mantenerse actualizado, mejorar nuestras habilidades clínicas y de otro tipo y contribuir a un sistema sanitario mejor y más eficiente.

Con los años, también hemos descubierto que muchas de nuestras necesidades de conocimientos se producen durante los encuentros con los pacientes o en relación con ellos. Aunque muchas veces surgen en primer lugar en nuestra mente, la misma cantidad de veces salen de nuestros pacientes, al menos en parte. Por ejemplo, cuando el paciente pregunta «¿cuál es el problema?», en nuestra cabeza se establecen relaciones con preguntas acerca del diagnóstico. Del mismo modo, la pregunta «¿qué me va a pasar?» invoca cuestiones relativas al pronóstico, a la experiencia y al significado, mientras que la pregunta «¿qué hay que hacer?» hace pensar en el tratamiento y la prevención. Con independencia de quién formule las preguntas, contestar a las dudas de nuestros pacientes se considera parte de la asistencia sanitaria, y para señalar esta responsabilidad nos apropiamos de estas preguntas.

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.

- Las preguntas que no se guardan se convierten en preguntas no contestadas, por lo que necesitamos métodos prácticos para registrar y guardar las preguntas y así poder recuperarlas en búsquedas posteriores. Después de haber recomendado articular totalmente las preguntas, tal vez resulte sorprendente que ahora se recomiende utilizar anotaciones muy breves para registrar las preguntas sobre la marcha, con abreviaturas que tengan sentido para el interesado.
- Por programar nos referimos a decidir cuándo necesitamos las respuestas a las preguntas, teniendo en cuenta cuándo deben tomarse las decisiones resultantes.
- por seleccionar nos referimos a decidir con cuál o cuáles de las muchas preguntas formuladas o que podrían formularse hay que seguir adelante. ¿Qué pregunta es más importante para el bienestar del paciente, ya sea biológico, psicológico o sociológico?