

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA.

DOCENTE: DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.

OCTAVO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

PRIMERA UNIDAD.

MEDICINA HUMANA.

FORMULACION DE PREGUNTAS CLINICAS QUE PUEDAN RESPONDERSE

PREGUNTAS DE FONDO Y EN PRIMER PLANO

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 biológicos, psicológicos o sociológicos suelen tener dos componentes:

- a. Un pronombre interrogativo (quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué) con un verbo.
- b. Un aspecto de la enfermedad o asunto de interés.

En cambio, las preguntas de los residentes se refieren a conocimientos específicos que podrían fundamentar directamente una o varias decisiones clínicas situadas «en primer plano» al enfrentarse a esa paciente, que abarcan una gran variedad de aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos. Si están bien formuladas, estas preguntas en primer plano suelen tener cuatro componentes:

- a. La situación, población o problema de interés del paciente.
- b. La intervención principal, definida a grandes rasgos mediante una exposición, una prueba diagnóstica, un factor pronóstico, un tratamiento, una percepción del paciente, etc.
- c. Una intervención o exposición comparativas (también definida a grandes rasgos), si procede.
- d. El desenlace clínico de interés, como un plazo temporal, si procede.

Preguntas clínicas bien formuladas

Preguntas «de fondo»

Se refieren a conocimientos generales acerca de un trastorno, prueba o tratamiento.

Tienen dos componentes esenciales:

1. Un pronombre interrogativo (quién, qué, dónde, cuándo, cómo, por qué) y un verbo.
2. Un trastorno, prueba, tratamiento u otro aspecto de la asistencia sanitaria.

Ejemplos:

«¿Por qué mecanismo produce derrames pleurales la insuficiencia cardíaca?»

«¿Qué provoca la gripe porcina?»

Preguntas «en primer plano»

Se refieren a conocimientos específicos que fundamentan las decisiones o actuaciones clínicas.

Tienen cuatro componentes esenciales:

1. P: paciente, población, situación difícil o problema.
2. I: intervención, exposición, prueba u otro agente.
3. C: comparación de una intervención, exposición, prueba, etcétera, si procede.
4. O: (outcomes) desenlaces clínicos de interés, como el tiempo, si procede.

Ejemplo:

«En adultos con insuficiencia cardíaca y función sistólica reducida, la implantación de un dispositivo electrónico de resincronización cardíaca añadido al tratamiento habitual ¿reduciría la morbilidad o la mortalidad a lo largo de 3 o 5 años en un grado suficiente como para compensar los posibles efectos perjudiciales y costes?»

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, (que podría corresponder a un estudiante principiante), la mayoría de las preguntas que hacemos se refieren a conocimientos de fondo. A medida que nuestra experiencia clínica y nuestra responsabilidad aumentan, (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 (médico adjunto), en el que la mayoría de nuestras

preguntas se referirán al primer plano de la asistencia, 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.

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.

DONDE Y COMO SURGEN LA PREGUNTAS CLINICAS

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 (pueden formularse otras preguntas importantes) ni mutuamente excluyentes (algunas preguntas son híbridos, como las que se refieren tanto al pronóstico como al tratamiento). 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 auto superación.

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

- 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.

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 ejemplo, cuando apuntamos «3T Dx IC», queremos decir: «En adultos que presentan disnea, «¿cómo de preciso es el hallazgo clínico de un ruido de galope con el tercer tono cardíaco para confirmar o descartar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva en comparación con un patrón de referencia?» Cabe destacar que, aunque la abreviatura suele incluir los elementos P, I, C y O de forma visible, esto no es estrictamente necesario, siempre que sirva para recordar cuál era la pregunta. Pero ¿cuál es la mejor forma de registrar estas preguntas? A lo largo de los años hemos probado y escuchado a otros plantear varias posibilidades:

1. Hacer anotaciones breves en un folio en el que previamente se han trazado cuatro columnas, marcadas como «P», «I», «C» y «O», para cada uno de los elementos de las preguntas en primer plano; estas notas pueden utilizarse solas o junto con otra hoja aparte para las preguntas relativas a los conocimientos de fondo.
2. Tomar notas breves en un archivo electrónico organizado de una manera similar en un ordenador.
3. Anotar preguntas concisas en recetas en blanco (e intentar evitar dárselas al paciente en lugar de la verdadera receta).
4. Apuntar abreviaturas en fichas que podamos llevar en el bolsillo.
5. Abrir una aplicación del teléfono móvil en la que escribir o dictar las preguntas.

Para tomar esta decisión hace falta realizar un juicio de valor, para lo que recomendamos tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad del paciente, la naturaleza de las propias necesidades de conocimientos, las decisiones clínicas específicas a las que se aplicarán los conocimientos y la función que uno desempeña en el proceso de decisión. A continuación, se puede probar con esta secuencia de filtros:

- a. ¿Qué pregunta es más importante para el bienestar del paciente, ya sea biológico, psicológico o sociológico?
- b. ¿Qué pregunta es más relevante para las necesidades de conocimientos, tuyas o de tus alumnos?
- c. ¿Qué pregunta es más factible de responderse en el tiempo de que dispone?
- d. ¿Qué pregunta es más interesante para usted, tus alumnos o su paciente?
- e. ¿Qué pregunta es más probable que vuelva a plantearse en la práctica clínica?

Si se dedica un momento a reflexionar acerca de estos criterios explícitos, por lo general se pueden seleccionar una o dos preguntas que se adecuen de forma óptima a estos filtros y que fundamentarán mejor las decisiones en cuestión

¿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 evidencia, utilizan métodos de búsqueda más específicos y encuentran respuestas más precisas

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.

Una vez formulada una pregunta importante junto con nuestros alumnos, ¿cómo podemos hacer un seguimiento de su progreso hasta obtener una respuesta clínicamente útil? Aparte de los métodos de ahorro de preguntas ya mencionados, nosotros hemos empleado una táctica para enseñar a formular preguntas mediante la receta educativa, Esto ayuda tanto a los docentes como a los alumnos de cinco maneras distintas:

1. Especifica el problema clínico que generó las preguntas.
2. Establece la pregunta con todos sus elementos clave.
3. Especifica quién es el responsable de responderla.
4. Recuerda a todo el plazo de que se dispone para responderla (teniendo en cuenta la urgencia del problema clínico que la generó).
5. Por último, recuerda a todos los pasos de búsqueda, valoración clínica y aplicación de la respuesta al paciente.

¿Cómo podemos utilizar la receta educativa en nuestra docencia clínica? El número de formas únicamente está limitado por nuestra imaginación y por las oportunidades docentes. Por ejemplo, las recetas educativas se han introducido en el contexto de la enseñanza de la carrera de Medicina, especialmente en las rotaciones clínicas.

Pedir a los alumnos que rellenen una receta educativa para nosotros a este intercambio de papeles puede resultar útil por los cuatro motivos siguientes:

1. Los alumnos deben supervisar nuestra formulación de preguntas para perfeccionar más aún sus propias habilidades.
2. Los alumnos deben ver que reconocemos lagunas en nuestros propios conocimientos y que predicamos con el ejemplo.
3. Anima las sesiones y mantiene elevada la moral del grupo.
4. Los alumnos comienzan a prepararse para su futuro papel como docentes clínicos.

Referencia: Sharon E. Straus, Paul Glasziou & R. Brian Haynes. (2019). "Medicina Basada en la Evidencia. -: Editorial Elsevier.