



DOCENTE: DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 8º

UNIDAD: 1

MATERIA: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

Capítulo 1:Formulación de preguntas clínicas que puedan responderse, del libro “Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE”.

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:

1. Un pronombre interrogativo (quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué) con un verbo.
2. 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:

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

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:

1. 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.

2. 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.
3. 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 (pueden formularse otras preguntas importantes) ni mutuamente excluyentes (algunas preguntas son híbridas, 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: manifestaciones clínicas, etiología y riesgo, diagnóstico diferencial, pruebas diagnósticas, pronóstico, tratamiento, prevención, experiencia e importancia para el paciente y autosuperación.

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. 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.

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.

¿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.

Los cuatro pasos principales que deben seguirse para enseñar a los alumnos clínicos a formular buenas preguntas:

1. **Reconocimiento:** cómo identificar combinaciones de necesidades de un paciente y necesidades de un alumno que ofrezcan una oportunidad para que el alumno formule buenas preguntas.
2. **Selección:** cómo elegir, entre las oportunidades identificadas, una (o unas pocas) que se adapte mejor a las necesidades del paciente y del alumno en ese momento clínico.
3. **Orientación:** cómo guiar al alumno para que transforme las lagunas de conocimientos en preguntas clínicas bien formuladas.
4. **Evaluación:** cómo valorar la actuación del alumno y su habilidad para formular preguntas clínicas de interés y que puedan responderse para la práctica de la MBE.

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.

BIBLIOGRAFIA:

Capítulo 1: Formulación de preguntas clínicas que puedan responderse, del libro "Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE". Sharon E. Straus, Paul Glasziou & R. Brian Haynes. 5a Edición. Editorial Elsevier. Pgs 3-18.