



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“FORMULACIÓN DE PREGUNTAS
CLÍNICAS QUE PUEDAN RESPONDERSE”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 8º

DOCENTE: DR. EDUARDO ZEBADUA

**ASIGNATURA: MEDICINA BASADA EN
EVIDENCIAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, AGOSTO
2021**

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.

La situación, población o problema de interés del paciente.

2. **I**: intervención, exposición, prueba u otro agente.

La intervención principal, definida a grandes rasgos mediante una exposición, una prueba diagnóstica, un factor pronóstico, un tratamiento, una percepción del paciente, etc.

3. **C**: comparación de una intervención, exposición, prueba, etcétera, si procede.

Una intervención o exposición comparativas (también definidas a grandes rasgos), si procede.

4. **O**: (outcomes) desenlaces clínicos de interés, como el tiempo, si procede.

El desenlace clínico de interés, como un plazo temporal, 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.

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.

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.

- *Hallazgos clínicos*: cómo recopilar e interpretar correctamente los datos de la anamnesis y la exploración física.
- *Etiología/riesgo*: cómo identificar las causas o factores de riesgo de la enfermedad (incluidos los daños iatrogénicos).
- *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.
- *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.
- *Pruebas diagnósticas*: cómo seleccionar e interpretar las pruebas diagnósticas, confirmar o descartar un diagnóstico en función de su precisión, exactitud, aceptabilidad, seguridad, coste, etc.
- *Pronóstico*: cómo determinar la probable evolución clínica del paciente con el tiempo y anticipar las posibles complicaciones de su enfermedad.
- *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.
- *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.
- *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.
- *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.

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. En primer lugar, nos hemos cronometrado y hemos observado que se tardan unos 15 segundos en registrar las preguntas con un dispositivo portátil de primera generación, entre 5 y 15 segundos en anotarlas en papel y entre 4 y 10 segundos en dictarlas.

En segundo lugar, por *programar* nos referimos a decidir cuándo necesitamos las respuestas a las preguntas, teniendo en cuenta cuándo deben tomarse las decisiones resultantes.

En tercer lugar, por *seleccionar* nos referimos a decidir con cuál o cuáles de las muchas preguntas formuladas o que podrían formularse hay que seguir adelante. 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.

Enseñar a formular preguntas para practicar la MBE en tiempo real

1. Apellido del paciente.
2. Edad del paciente.
3. Fecha de ingreso del paciente.
4. Enfermedad o síntoma(s) que provocaron el ingreso. Para cada síntoma, indicar:
 - a. Localización en el cuerpo.
 - b. Características.
 - c. Cantidad, intensidad y grado de deterioro.
 - d. Cronología: cuándo comenzó, constante o episódico, progresivo...
 - e. Contexto: en qué circunstancias aparece/apareció.
 - f. Factores que lo agravan o que lo mitigan.
 - g. Síntomas asociados.
5. ¿Se ha producido un problema parecido con anterioridad? De ser así:
 - a. Qué estudios se realizaron.
 - b. Qué información recibió el paciente acerca de la causa.
 - c. Qué tratamiento recibió el paciente.
6. Antecedentes importantes de otras enfermedades de relevancia diagnóstica, pronóstica o pragmática y cómo influirían en la evaluación o tratamiento de la enfermedad actual.
7. Cuáles de esas otras enfermedades han sido tratadas.
8. Antecedentes familiares, en caso de que sean importantes para la enfermedad u hospitalización actual.
9. Antecedentes sociales, en caso de que sean importantes para la enfermedad u hospitalización actual.
10. Enfermedad que motivó el ingreso:
 - a. Enfermedad aguda y/o crónica.
 - b. Gravedad de los síntomas.
 - c. Tipo de asistencia solicitada.
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:

12. Resultados de las pruebas diagnósticas de interés.
13. Exposición concisa que sintetice el problema en una sola frase.
14. Cuál piensa que es el diagnóstico más probable («hipótesis principal»).
15. Qué otros diagnósticos pueden plantearse («alternativas activas»).
16. Sigüientes estudios diagnósticos previstos para confirmar la hipótesis principal o descartar las alternativas activas.
17. Valoración del pronóstico del paciente.
18. Planes de tratamiento y asesoramiento.
19. Planes para supervisar el tratamiento durante el seguimiento.
20. Planes de contingencia en caso de que el paciente no responda al tratamiento inicial.
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.

BIBLIOGRAFÍA

- Straus, S. E., Haynes, R. B., Richardson, W. S., & Glasziou, P. (2005). *Medicina basada en la evidencia: cómo practicar y enseñar la MBE*. Elsevier España.