

El aprovechamiento de las fuentes de información para la práctica clínica*

Alberto Lifshitz**

Recepción: 25/03/99

aceptación: 12/05/99

Resumen

Las fuentes de información son los libros, revistas y sistemas electrónicos de almacenamiento de datos que suelen apoyar el trabajo académico de los médicos. No se han aprovechado debidamente como apoyo en las decisiones clínicas por el apego a prácticas rutinarias, la confianza en la experiencia y la falta de habilidades relacionadas con la documentación. Esto ha impedido que se ofrezca a muchos pacientes la mejor alternativa actual para la solución de sus problemas. Aprovechar estas fuentes de información implica una práctica clínica reflexiva, capacidad para recuperar información, lectura crítica, decisión para aplicar los resultados de la investigación científica, consideración de las circunstancias del paciente y evaluación de los resultados, de modo que se integran de manera natural la atención médica con la investigación y la educación continua de los médicos.

Palabras clave: Documentación, práctica reflexiva, lectura crítica, medicina basada en evidencias, fuentes de información

Summary

Information sources are the books, journals and electronic systems which support the academic work of physicians. Doctors have not taken enough advantage of these sources for their clinical decisions because they trend to rely on a routine undue confidence in experience, and because they do not have the skills for so-called health documentation.

Many patients, consequently, have access to the best alternatives for solving their medical problems. The proper use of these sources implies some skills such as reflexive practice, the ability for recovering information, and critical reading and enough determination to apply the results of scientific research to individual patients, taking into consideration the patient's circumstances and the evaluation of outcomes. In this way, there is real integration of medical care, research, and continuing medical education.

Key words: Documentation, reflexive practice, critical lecture, evidence-based medicine, information sources

*Simposio presentado en la Academia Nacional de Medicina el 10 de marzo de 1999.

**Académico Numerario. Coordinador de Educación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

III. Lectura crítica

Leonardo Viniegra-Velázquez*

Se habla, cada vez con mayor insistencia, de la lectura crítica; cabe interrogarse si se tratará acaso de una moda pasajera más, de otra consigna del momento o de una nueva oportunidad propicia para simular que las cosas han cambiado sólo porque las designamos de otra manera.

Para evitar confusiones y malentendidos lo primero es precisar lo que entendemos por lectura crítica. Hace más de una década nuestras inquietudes en torno a la lectura crítica configuraron una línea de investigación que persiste hasta la fecha.¹ Con base en esa experiencia afirmo que la lectura crítica es, ha sido y será una de las aptitudes decisivas e insustituibles en la elaboración del conocimiento. Esta aseveración requiere, a su vez, aclarar lo que se quiere decir con elaboración del conocimiento.

Hoy día, cuando se alude al conocimiento se piensa en las bibliohemerotecas, en los bancos de datos, en las redes de informática, todo lo cual revela una idea del conocimiento que lo equipara con información. Esta es, precisamente, la noción dominante de lo que es el conocimiento, que muchos de nosotros asumimos sin el menor reparo. Para tal concepción que privilegia el consumo de información como vía del conocimiento, una habilidad prioritaria a desarrollar sería la lectura rápida que acrecentaría considerablemente la posibilidad de consumir información; por el contrario, el dominio de la lectura crítica sería un adorno, una pérdida de tiempo. Advirtamos entonces, que asignarle relevancia a la lectura crítica lleva aparejada otra idea del conocimiento que voy a caracterizar ensayando contrastándola con la visión dominante.²

* Jefe de la Unidad de Investigación Educativa del IMSS

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Leonardo Viniegra Velázquez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, edificio administrativo 3er. piso, Col. Doctores, 06725 México, D.F.

Visión dominante del conocimiento

1. El proceso de conocimiento es, fundamentalmente, consumo de información vs
2. La información de las fuentes reconocidas por los expertos, es equiparable a conocimiento vs
3. El acceso al conocimiento es dependiente del poder de adquisición del consumidor. vs
4. El conocimiento es un bien externo (mercancía) disponible para cualesquiera consumidores. vs
5. Las situaciones de conocimiento, por excelencia, son propias de especialistas en espacios controlados y de excepción (el experimento) vs
6. El nuevo conocimiento es típicamente un descubrimiento (observación de lo desconocido, vs lo nunca antes visto)
7. La principal aspiración del conocimiento es la validez universal: la "verdad" que trasciende las diferencias históricas, sociales y culturales que existen entre los pueblos vs

Visión alternativa del conocimiento

- El proceso de conocimiento es, básicamente, elaboración a partir de la información.
- La información es materia prima que debe ser transformada por la crítica para convertirse en conocimiento.
- El acceso al conocimiento es dependiente del poder de elaboración del sujeto cognoscente
- Sólo es conocible aquello que es relevante a la situación de conocimiento (experiencia) en la que se encuentra el sujeto.
- Las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia se transforma y adquiere, a través de la reflexión, un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo.
- El (nuevo) conocimiento es, en principio, un producto original de la elaboración del sujeto.
- La aspiración central del conocimiento es la pertinencia empírica: influir en el ambiente donde surge (alta correspondencia con las circunstancias) sin renunciar a ámbitos de influencia más vastos y aun universales.

La contrastación anterior nos permite percatarnos que las experiencias de conocimiento pueden ser profundamente distintas dependiendo de las ideas que las sustentan y orientan. Lo habitual es que en la experiencia de conocimiento se asuma que éste es un bien de consumo, que se genera en otra parte (ámbito del quehacer científico) y está bajo el dominio de "otros", en tal caso hablamos de conocimiento heterónomo.

Bajo una perspectiva diametralmente distinta, cuando la experiencia de conocimiento está fincada en el poder de elaboración y reelaboración del propio sujeto cognoscente, es decir que está bajo su dominio, hablamos de conocimiento autónomo.

Es claro que la escuela, a todos los niveles y con raras excepciones, edifica el currículo sobre la base de lo que he designado como conocimiento

heterónomo, de ahí la enorme dificultad para que la experiencia de las personas escolarizadas se despliegue por el camino de la elaboración del conocimiento (conocimiento autónomo). De igual manera, la elaboración del conocimiento suele ser mal comprendida, poco apreciada y menos aún practicada y profundizada.

Mencioné al principio que la lectura crítica es una aptitud decisiva en la elaboración del conocimiento, ahora ampliaré tal aseveración.

En este simposio sobre el aprovechamiento de las fuentes de información para la práctica clínica ya se ha presentado lo relacionado a la práctica reflexiva; quisiera a este respecto hacer una precisión. Una práctica, cualquiera que ésta sea, es la expresión social de las formas de la división del trabajo en una sociedad y en una época determinadas.

Ahora bien, cuando nuestro nivel de análisis no es social sino individual, lo que se nos presenta es la experiencia donde pueden coexistir diversas prácticas como, por ejemplo, un médico clínico que, además de profesor, realiza sistemáticamente investigación y pertenece a una agrupación política.

Es justamente a nivel de la experiencia personal donde encontramos gran diversidad interindividual dependiendo de la mayor o menor reflexión que la acompañe. Así encontramos en un extremo a la experiencia rutinaria desprovista de reflexión, donde las acciones adquieren un carácter repetitivo y el quehacer tiende a la degradación.

Conforme nos distanciamos de la rutina, la reflexión puede conducir a la experiencia por otro sendero donde adquiere un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo; al exponerse al debate, a la confrontación y a la prueba. Es aquí, donde la lectura -medio insustituible de ampliar y profundizar la reflexión sobre la experiencia- adquiere relevancia. Pero no se trata de cualquier forma de lectura; cuando la información no se cuestiona sino sólo se consume, lejos de profundizar la experiencia y hacerla más refinada e influyente, la encajona, la rigidiza y la hace vulnerable a cualquier moda.

La clave está en el hábito de cuestionar la información lo que implica, además de comprenderla e interpretarla, enjuiciarla; es decir, diferenciar, cada vez con mayor prestancia, lo que es esclarecedor de lo que es confuso; lo profundo de lo superficial; lo fuerte de lo débil, lo válido de lo espurio, lo relevante de lo trivial, lo pertinente de lo no pertinente. He aquí, precisamente, el meollo de la lectura crítica.

Antes de continuar creo necesario abrir un paréntesis para referirme brevemente a las fuentes de información. Las diversas fuentes podemos especificarlas de distintas maneras, aquí consideraré dos criterios. Si el contenido se refiere exclusiva o predominantemente a las ideas, hablamos de textos teóricos; si por el contrario alude al mundo de los hechos, estamos ante información factual. El otro criterio tiene que ver con la originalidad; encontramos así fuentes primarias como los informes de investigación factual o las propuestas teóricas de primera mano, y fuentes secundarias como los libros de texto, las recopilaciones, los artículos de revisión, etc. En el camino de la elaboración del conocimiento las fuentes primarias de la información son, sin duda, las más pertinentes.

De regreso ahora a nuestro tema, a lo que significa el cuestionamiento de la información, conviene reiterar que la lectura crítica lejos de constituir una avidez por la información, una expectativa fincada en lo nuevo o lo actual de su contenido, debe acercarse, cada vez más, a un debate entre el lector y el texto. Lo anterior significa que el lector -en nuestro caso un médico- ha ido desarrollando puntos de vista de creciente solidez, más penetrantes que, tratándose de la práctica clínica, tienen que ver, con una postura firme y decantada sobre aspectos como: el lugar que tiene o debe tener la aptitud clínica en la atención médica; cuál es el papel que el paciente debe asumir en el proceso de su atención; de qué depende que la tecnología sea una auténtica contribución del progreso del quehacer médico o por el contrario contraproducente: cuáles son los principales problemas (sociales) del ejercicio de la medicina en nuestro medio, entre otros.

El clínico con ideas propias, que ha ido refinando su proceder y profundizando su entendimiento del mundo en que vive, a través de su experiencia reflexiva, estará en condiciones de establecer un debate con el(los) autor(es) de un texto. Para analizar las características del debate es preciso distinguir varias situaciones.

Cuando nos enfrentamos a un texto teórico lo fundamental es valorar qué tanto aclara o explica situaciones problema de nuestra propia experiencia, es aquí donde debemos aprender a distinguir lo esclarecedor de lo confuso o lo profundo de lo superficial. También es necesario apreciar del texto su posible relevancia, o sea si aborda aspectos significativos para nuestra experiencia. Con gran frecuencia ideas generadas en otras culturas se refieren a realidades que nos son ajenas o tienen poco que ver con lo que nos toca vivir y sin embargo, las hacemos propias sin darnos cuenta de que lo que hacemos es encubrir añejos problemas y los suplantamos por modas fugaces cuando no espurias.

Cuando la fuente de información son los informes de investigación -los artículos- el debate se debe establecer, en primera instancia, entre nuestro enfoque (ideas, teorías) de aproximación a la situación que se indaga y el de los autores. He aquí un aspecto que se soslaya cuando se critica un informe de investigación. Puede tratarse de un estudio metodológicamente fuerte y teóricamente

débil. Por ejemplo, un enfoque de sobrevivencia y no de calidad de vida, para valorar la eficacia de un procedimiento terapéutico, puede juzgarse por una mente reflexiva que ha trascendido lo puramente biológico en su visión de la medicina, como algo trivial o irrelevante.

Hoy en día, el aspecto al que se le dedica mayor reflexión en la crítica de los informes de investigación es el relativo a la validez que deriva de ciertas características de rigor y precisión propias del tipo de estudio, del diseño, del muestreo, de las características de la población, del instrumento de medición, de los procedimientos de observación, del análisis de los datos, etc., en la que no me extenderé más ya que, con seguridad, será tratado en la exposición que sigue; sin embargo, aunque suene reiterativo, si el enfoque teórico es superficial y de corto alcance, ningún recurso metodológico puede superar esta limitación de origen, por lo que los datos así obtenidos pueden ser triviales y hasta insensatos.

Otro aspecto a considerar al cuestionar la investigación factual en sus fuentes primarias, es su pertinencia a las circunstancias donde uno actúa. Nuevamente aquí, con demasiada frecuencia, investigaciones que, por otro lado son metodológicamente fuertes y válidas, implican aspectos de la población estudiada con hondas raíces en la cultura, que de ninguna manera deben pasarse por alto y aplicarlas mecánicamente a poblaciones con otras culturas que entrañan profundas diferencias. Tal es el caso, por ejemplo, de procedimientos de intervención que prueban ser exitosos para modificar hábitos y costumbres no deseables en cierto tipo de enfermos, cuando se aplican en poblaciones con otras culturas y tradiciones, de gran arraigo, con resultados precarios y hasta contraproducentes. Otro ejemplo de falta de pertinencia es una investigación sobre la utilidad de cierta tecnología diagnóstica de alto costo, que prueba sus ventajas en un ambiente donde prevalece un uso reflexivo, selectivo e individualizado a cada caso, de los recursos diagnósticos. Cuando tal tecnología se implanta en otro ambiente donde los medios diag-

nósticos disponibles suelen usarse de manera rutinaria e indiscriminado, el resultado es un mayor encarecimiento de la atención médica y no una mejoría de su efectividad o de su calidad.

Con lo dicho puede comprenderse que al ejercer la medicina nos enfrentamos a la disyuntiva entre la experiencia rutinaria que nos degrada y la experiencia reflexiva que nos puede conducir por el camino del conocimiento autónomo y el perfeccionamiento.

Como podemos apreciar, leer críticamente es una aptitud polifacética, imprescindible para la superación de la experiencia, cuyo desarrollo supone un esfuerzo persistente y comprometido que nos conduce a la incomparable aventura del conocimiento pero no como observadores sino como protagonistas.

Tengamos presente que nuestro compromiso con las nuevas generaciones de médicos no es, como pudiera pensarse, adoctrinarlos en las grandes tradiciones de nuestra profesión, sino dotarlos de los procedimientos metodológicos que les permitan el aprendizaje autónomo, aptos para elaborar y reelaborar su propio conocimiento, capaces de transformar su experiencia en un desafío permanente que los impulse a la superación, elevando el nivel de reflexión del gremio médico, la profundidad de la crítica y la autocrítica, fortaleciendo así, desde sus cimientos, a la práctica clínica, verdadero núcleo del que hacer médico de alto nivel.

Terminaré estas reflexiones con una exhortación al compromiso y a la toma de distancia: no olvidemos que tomar las cosas en serio nos puede permitir dominarlas; tomarlas demasiado en serio o peor aún a la ligera, nos hace esclavos de ellas.

Referencias

1. **Viniegra L.** La capacidad de crítica en investigación clínica en un grupo seleccionado de recién egresados de la carrera de medicina. *Rev Invest Clin* 1986;38:219-223.
2. **Viniegra L.** El progreso y la educación, segunda parte: un replanteamiento del papel de la escuela. In: *Materiales para una crítica de la educación*. Mexico: IMSS 1999. pp. 105-45.

II. El proceso de documentación en medicina

Norma Juárez-Díaz González*

Al verbo documentar se le relaciona más frecuentemente con la acción de dejar constancia que con la utilización de documentos para probar, acreditar o instruir sobre algo. Sin embargo, si analizamos su significado desde una perspectiva semántica tendríamos que admitir su relación con probar la verdad de una cosa con documentos o instruir e informar a alguien acerca de pruebas que atañen a un asunto.¹

El término documentación, tiene dos acepciones. Una, como la acción y efecto de documentar y la otra, como el conjunto de documentos que sirven para acreditar o probar algo.

Desde esta perspectiva uno podría empezar a imaginar el contenido de esta presentación. Sin embargo, el propósito de este *simposium* es proponer a la documentación, más bien como uno de los procesos cognitivos que participan en la construcción de conocimientos y en la toma de decisiones en la práctica diaria.

La decisión clínica, por su parte, está matizada por varios factores como las condiciones que guarda el conocimiento científico en el momento actual, por factores derivados de la interacción médico-paciente, por factores externos vinculados con regulaciones políticas, sociales y jurídicas y sobre todo, por el juicio clínico de quien toma la decisión.

Por ejemplo:

1. El conocimiento científico derivado de la investigación básica, epidemiológica, clínica o documental
2. Las condiciones del paciente relacionadas con la severidad de la enfermedad y la existencia o no de enfermedades concurrentes
3. Los valores culturales y personales del médico y del paciente.
4. El nivel educativo, los intereses y preferencias del paciente
5. La vinculación entre el momento histórico y las leyes, políticas y estándares relacionados con la salud, etcétera.
6. La ética, etcétera.

En esta presentación, sólo se hará énfasis en el papel del conocimiento científico publicado en fuentes de información válidas y confiables como punto de partida de la decisión y se asume un apropiado balance entre el resto de los elementos.

El proceso de documentación se concibe como un proceso cognitivo derivado de la interacción del médico con el paciente. Inicia a partir de una práctica reflexiva en la cual se identifican vacíos de conocimiento. Se define como vacío de conocimiento a aquella condición en la que el médico no es capaz de dar respuesta de modo automático a una o varias de las dudas que surgen del acto clínico y por lo tanto se reconoce la necesidad de buscar la respuesta en fuentes documentales. De los estudios que analizan esta condición, se ha concluido que de cada intervención clínica surge un promedio de cuatro a ocho dudas.

A partir del reconocimiento de la necesidad de buscar información se inicia el proceso de investigación documental, el cual consiste en varias etapas. La primera se relaciona con la recuperación de información pertinente, relevante y precisa.

Otra etapa se refiere a la lectura y análisis del contenido de la información con una postura crítica, reflexiva, en la cual la capacidad para argumentar y refutar el conocimiento establecido y extraer lo valioso de lo superfluo se ejerce a plenitud. A esta etapa también se le conoce como lectura crítica e inicia con la comprensión del texto, cuando el clínico entra en contacto con la información de modo consciente y parte de su propio marco de referencia para interpretarla, formularse preguntas, proponer respuestas, establecer hipótesis, adelantar explicaciones, evaluar la aproximación

* Jefa de la División de Documentación en Salud, Coordinación de Educación Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Norma Juárez-Díaz González. Jefa de la Coordinación de Educación Médica, División de Documentación en Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Av Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06520 México, D.F.

con la verdad y elaborar proposiciones para dar respuesta a la pregunta original.

De este modo se construye un nuevo conocimiento y es a partir del nuevo conocimiento que el médico enfrenta el verdadero reto: tomar la decisión. En este proceso se ponen en juego el modelo mental del conocimiento estructurado y la capacidad de razonamiento clínico para tomar la decisión.

Ya que el conocimiento científico deriva de un modelo abstracto de investigación, es necesario "empatarlo" con el modelo factual del paciente individual. Esta transición no está claramente analizada. Sin embargo, se acepta que la solución depende en gran medida de la habilidad del clínico para ponderar las variables individuales que difieren del modelo de la investigación con los riesgos de transferir o no las conclusiones del estudio al paciente.

Autores como Bergman y Pantell se atreven a prescribir un modelo para la aplicación de los datos obtenidos del ensayo clínico controlado, descrito como sigue:

1. Se toma la probabilidad condicional reportada en la investigación.
2. Se estima la probabilidad de que el paciente tenga el problema analizado.
3. Se multiplican ambas probabilidades para obtener la probabilidad situacional.

En esta propuesta se asume que el resultado sirve como base para emitir un juicio racional y tomar la decisión apropiada; sin embargo, sea fácil de obtener o no, el resultado de esta operación tendrá que confrontarse con los demás elementos que contribuyen a la decisión.

Por lo anteriormente expuesto podemos concluir que la documentación inicia con la actitud reflexiva del médico y termina con el ofrecimiento de la mejor alternativa al paciente individual sustentada en el conocimiento científico.

Debido a que la documentación requiere de la adquisición de ciertas habilidades y destrezas, para finalizar, mencionaré algunos de los elementos fundamentales para recuperar la información.

Debido al desmedido crecimiento de la información científica que prácticamente ha rebasado las predicciones para el año dos mil, se han fortalecido los sistemas que compilan la mayor parte de las

publicaciones científicas clínicamente relevantes, válidas y confiables. El sistema MEDLINE es el mejor ejemplo. Este tipo de sistemas organiza la información por temas y subtemas y cuentan con índices de contenidos, diccionarios o thesaurus que contienen los descriptores que abren la puerta al sistema (Lenguaje MeSH)² y una programación que permite la combinación de varios términos unidos por palabras de relación como *and*, *not*, *or*, *with*, etcétera, de modo que facilitan el acceso y la especificidad de la información. Su manejo es sencillo y el médico puede consultarlos fácilmente.

Por ejemplo, si la pregunta a resolver es sobre la efectividad del tratamiento de la neuropatía diabética con inhibidores de la aldosa reductasa, el paso a seguir será identificar la relación y jerarquizar los términos. En este caso los términos neuropatía diabética e inhibidores de la aldosa reductasa son independientes, no así la relación con el tratamiento.

En este caso, la búsqueda se orienta a unir los dos términos independientes con la palabra *and*. Esta unión nos brinda la oportunidad de encontrar la información ubicada en la zona de intersección, misma que nos interesa y habremos de subordinarla a los estudios que se refieran a tratamiento, en este caso a los ensayos clínicos controlados.

Otro vocablo de interés es *or*, el cual describe una relación de liga. La búsqueda se realiza en dos temas relacionados; por ejemplo, cáncer o neoplasia y la información se encuentra ubicada en dos conjuntos de estudios, los que se refieren a cáncer y los que se refieren a neoplasia. La información se suma.

Otra palabra útil es *not*. La cual se refiere a la exclusión de un tema contenido en otro. Por ejemplo, la información contenida bajo las palabras México y Nuevo México. Sólo nos interesa aquella relacionada con a México y quedará excluida la referida a Nuevo México aunque compartan una palabra en común.

Existen otros conceptos que contribuyen a obtener una recuperación eficiente y se relacionan directamente con la validez y relevancia clínica de la información como el de sensibilidad de la recuperación, la cual se refiere a la proporción de estudios obtenidos bajo el criterio de científicamente válidos y relevantes clínicamente incluidos en la búsqueda y el de especificidad de la selección, la cual se refiere a la proporción de estudios menos relevantes excluidos de la recuperación.

Estos conceptos están más bien ligados al tipo de investigación que respalda la información. Tomando el mismo ejemplo anterior, sobre la efectividad del tratamiento con inhibidores de la aldosa reductasa en la neuropatía diabética, la información altamente sensible y específica será la que se encuentre entre los ensayos clínicos controlados, ya que se les reconoce como el estándar de oro para probar la eficacia terapéutica. Aunque las revisiones sistemáticas son estudios retroactivos, por su método, también sustentan la sensibilidad y especificidad de la información.

En el método de investigación documental, la correcta selección de los términos o palabras del lenguaje utilizado para la recuperación de documentos y la correcta combinación de los términos garantiza la precisión, sensibilidad, especificidad, validez y relevancia de la información que da respuesta a la pregunta original.

La adquisición de estas habilidades y destrezas es una es una necesidad innegable en el ejercicio clínico cotidiano.

Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia Española. 21a. ed. Madrid 1992.
2. Un descriptor es un término controlado bajo ciertas reglas conocidas como encabezamientos y subencabezamientos de materia, que ordenan la información jerárquicamente (MeSH).
3. **Murrow CD.** Systematic reviews: Critical links in the great chain of evidence. *Ann Intern Med* 1997;126:389-91.
4. **Smith R.** Information in practice. *Br Med J* 1996;313:1-16.
5. **Lifshitz A.** Interacción de los procesos de documentación y de diagnóstico clínico en medicina. In: Castañeda S. Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en la enseñanza de ciencias, artes y técnicas. Miguel Angel Porrúa; México: 1998. pp. 67-85.
6. **Florence V.** Medical knowledge for clinical problem solving: a structural analysis of clinical questions. *Bull Med Libr Assoc* 1992;80:140-9.
7. **Sackett DL.** Evidence based medicine. Churchill Livingstone; 1997. p. 54-67.
8. **Juárez-Díaz N.** El aprovechamiento de las fuentes de información. In: Lifshitz A. editor. Educación Médica. México: 1997.
9. **Carretero M.** Constructivismo y educación. Argentina Aique Didáctica; 1993.

I. Introducción

La práctica reflexiva

Este simposio se refiere a la información científica como insumo para la práctica clínica¹ y por lo tanto tiene que ver con las publicaciones periódicas, los centros de documentación -antes llamados bibliohemerotecas- y con los sistemas electrónicos que hoy en día permiten el contacto inmediato con el mundo, pero sobre todo, tiene que ver con los pacientes de todos los días.

Más que describir las estrategias, métodos y técnicas para identificar, localizar y recuperar la información, alude a su vínculo con el ejercicio clínico cotidiano y al empleo de la información más allá de las labores académicas.

Muchas actividades que tuvieron su origen en las necesidades de la práctica clínica han ido paulatinamente alejándose de ella, dejando atrás al paciente para buscar un vuelo independiente. Eso ha ocurrido, por ejemplo, con la investigación médica, con la epidemiología clínica y está ocurriendo con algunos adelantos tecnológicos. Lo mismo puede pasar con el manejo de la información si uno se olvida para qué existe

Una visita a un centro de documentación puede descubrir diversos usuarios: lo más común, alumnos haciendo la tarea, memorizando información para el examen o fotocopiando documentos para descifrarlos más tarde en privado; profesores maquinando qué tarea dejarán mañana a los alumnos o conferencistas preparándose para el espectáculo; investigadores contrastando sus resultados o complementando sus marcos teóricos, abstraídos del mundo y usuarios que confiesen entre sus razones para leer revistas médicas la necesidad de impresionar a otros.² Seguramente habrá muy pocos médicos buscando la mejor respuesta a las necesidades de sus pacientes y ello ilustra la desvinculación de la teoría con la práctica que ha caracterizado al ejercicio y a la enseñanza de la medicina. En una encuesta aplicada recientemente

a una muestra de médicos residentes de especialidades troncales se observó que la motivación principal para buscar información médica es la necesidad de un saber descontextualizado, simplemente para incrementar los conocimientos.³

Este simposio tiene que ver con la vinculación entre la información derivada de la investigación científica y la práctica clínica -entendida como la atención cotidiana de pacientes-, con las habilidades de documentación, de lectura, con la llamada medicina basada en evidencias y con la capacidad para transferir el conocimiento. Si se parte del hecho que la consulta a las fuentes de información obedece a una pregunta, este simposium tiene que ver con la habilidad para formularse preguntas que, surgiendo de la actividad profesional cotidiana, regresan a ella en forma de respuestas.

El proceso consta de varios pasos, pero el inicial -y por tanto el crítico- nace de una práctica reflexiva en la que cada caso es objeto de análisis, cada acción de autoevaluación y cada afirmación de cuestionamiento, con la mesura o la premura que las circunstancias exijan. En otras palabras, que no es uno el espacio de la atención médica y otro el de la reflexión y el aprendizaje sino que conforman una unidad. Esta es la única manera de garantizar a cada paciente la mejor alternativa posible y asegurar a cada médico una educación continua eficiente. Esta forma de práctica médica se contrapone a la práctica rutinaria que tiende tan sólo a seguir, con cierto automatismo, las costumbres y las reglas que aspiran a una producción cuantitativa de resultados al margen de su calidad.

Referencias

1. **Smith R.** What clinical information do doctors need? *Br Med J* 1996;313:1062-8.
2. **Calva-Mercado J, Ponce de León-Rosales S, Ponce de León-Rosales S, Vargas-Vorácková F.** Cómo leer revistas médicas. *Rev Inv Clín* 1988;40:65-106.
3. **Castro-Bucio J.** Datos no publicados.

IV. La información científica como sustento de las decisiones clínicas

José Halabe-Cherem*

El personal de salud confronta un volumen de información, mucha de ella sin valor o irrelevante para la práctica clínica. Con el advenimiento de las técnicas computadas, los médicos hacen mejor uso de la bibliografía médica.

La decisión clínica debe conjugar la experiencia con la evidencia.

La decisión clínica basada en la evidencia permite a los médicos hacer mejor uso de la bibliografía médica, además permite su actualización constante y en la enseñanza de la clínica da las herramientas a los médicos para enfrentar cualquier problema clínico en su vida futura.

En la decisión clínica se engloba el proceso de encontrar, evaluar y utilizar de manera sistemática los hallazgos de la investigación contemporánea. Consiste en hacer preguntas en función de la problemática con la que esté cursando un paciente en particular, hallar los datos relevantes, combinar variables y adecuarlas al caso problema, dirigiendo esta información a la práctica cotidiana.¹⁻²

De manera sistemática podemos resumir la decisión clínica basada en la evidencia en los siguientes puntos:³⁻⁴

1. *Formular una pregunta:* Esta pregunta tendrá que ser relacionada con la duda que surja en la atención específica de un paciente y puede ser diagnóstica, fisiopatológica, pronóstica o terapéutica. Siempre será individualizada al caso que se esté estudiando en ese momento, por lo tanto, la respuesta a esa pregunta puede ser exclusiva para ese paciente en particular y no necesariamente ese conocimiento podrá aplicarse a otro con características similares. La elaboración de la pregunta debe tener sentido, pues de ello depende el desarrollo de la evidencia.
2. *Buscar en la literatura los artículos clínicos relevantes:* La literatura médica es muy extensa y el conocimiento médico evoluciona tan rápido que resulta imposible leer artículos del tema en cuestión. La práctica de la medicina basada en evidencias requiere de la información médica computada y accesible en el sitio de trabajo clínico.
3. *Evaluar las evidencias en función de su validez y utilidad:* Este paso permite al médico evaluar con objetividad los resultados descritos en la literatura en función de su validez y utilidad. Los estudios revisados deberán seguir una metodología rigurosa, para descartar una amplia proporción de información médica publicada que carece de relevancia o que pudiera ser tendenciosa para ser confiable al contestar las preguntas clínicas.
4. *Llevar a cabo los hallazgos útiles en la práctica clínica:* Los resultados obtenidos podrán aplicarse con sustento bibliográfico en el manejo del paciente. Esto, por un lado, permite la actualización constante del médico y la propuesta de protocolos de investigación en caso de que la pregunta no tuviera la suficiente evidencia para publicarla.

Con esta propuesta la relación médico-paciente se incrementó ya que al mostrarle al paciente la evidencia en la decisión clínica se crea una atmósfera de confianza, de comprensión y de respeto.

La decisión clínica basada en la evidencia puede ser enseñada y practicada por médicos clínicos de todos los niveles de experiencia y se puede usar para cerrar la brecha entre la buena investigación y la práctica clínica.

La medicina basada en evidencias tiene ventajas adicionales: a los médicos permite su actualización cotidiana, la mejor comprensión de los méto-

* Académico numerario

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Halabe Cherem, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades 4o. Piso, Jefatura de Medicina Interna, Av. Cuauhtémoc 330 Col. Doctores, 06725 México, D.F.

dos de investigación, el mejoramiento de la confianza en las decisiones de manejo, la familiaridad en el manejo de la computadora y las técnicas de información, así como mejorar los hábitos de lectura.

Este método ayuda a promover la enseñanza auto dirigida, el trabajo en equipo y la formación de mejores médicos. Al permitir un uso más eficaz de los recursos y fomentar una mejor comunicación con los pacientes en relación con las razones que fundamentan las decisiones del manejo, se estrecha la relación médico-paciente.

En el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del CMN del IMSS, en los últimos años, las sesiones bibliográficas se realizan planteando una cuestión de alguna duda en el manejo de un paciente, misma que puede partir de un alumno de pregrado, de posgrado o de un médico de base, se deja como tarea la búsqueda específica de esa pregunta, en forma individual y cada médico tiene que contestar en una semana la

interrogante planteada. Se analiza además la metodología de los artículos revisados.

Por otro lado, durante el paso de visita diaria también se emplea este método que facilita la toma de decisiones de los pacientes hospitalizados en el servicio. Creemos que es una buena alternativa como herramienta de estudio y de trabajo que permite la actualización del médico.

Referencias

1. Evidence-Based Medicine Working Group. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2240-5.
2. **Rosenberg W.** La medicina basada en la evidencia clínica: un abordaje al método de la resolución de problemas. *Br Med J (Latinoamericana edition)* 1995;3:128-35.
3. **Halabe J. Nellen H.** Medicina basada en evidencias. *Rev Med IMSS (Mex)* 1996;35(5):413-4.
4. **Halabe J.** Medicina basada en evidencias. *Gac Med Mex.* 1998;134(3):317-9.