

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. **Murlow 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.