

Adoptando cambios en el quehacer médico

Wilson Chicaiza A. ⁽¹⁾



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License

¹ Director Departamento de Docencia Médica e Investigación; Hospital Vozandes Quito.

Correspondencia:

Dr. Wilson Chicaiza

E-mail: wchicaiza@hcjb.org.ec

Rev Med Vozandes 2012; 23: 3-4

El ejercicio de la medicina en nuestro medio está sufriendo aún la transición desde la práctica basada en la propia experiencia hacia la aplicación de la mejor evidencia posible en el cuidado de nuestros pacientes. La incorporación de nuevo conocimiento en el quehacer profesional es resultado de la suma de diversos factores, estrategias y características, tanto personales como sociales y docentes. Se han propuesto diversos modelos educativos que podrían mejorar la incorporación de nuevos conocimientos, con estrategias que van desde la aplicación de herramientas de autoevaluación hasta el uso de tecnologías informáticas y de otros medios que incentiven la formación médica ¹⁻³. Sin embargo, hay intervenciones puntuales que, si bien tienen fundamento científico, pueden funcionar adecuadamente y redundar en beneficio del paciente si se convierten en políticas administrativas sólidamente establecidas. En el presente número de la Revista Médica Vozandes, se hace referencia a dos procesos que han formado parte de nuestro quehacer y que, con su aplicación adecuada, buscan promover el cuidado eficiente en nuestros pacientes.

En primer lugar, el protocolo de lavado de manos que se instauró desde el Comité de Infecciones para que sea integrado habitualmente en el cuidado de los pacientes. Esta recomendación inició a partir de la evidencia clara que este tipo de intervención disminuye significativamente la morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados ^{4, 5}. La incorporación de nuevos elementos dentro del mismo protocolo como el uso de alcohol gel y de diversos procesos de instrucción y monitorización en la ejecución del proceso han llevado a su consolidación a través del tiempo. Restan, por otro lado, aplicar algunos modelos para control de calidad y monitorización, teniendo en cuenta los hallazgos y recomendaciones derivadas del artículo publicado en este número ⁶.

Por otro lado, la incorporación del protocolo de manejo de la hemorragia subaracnoidea no traumática desde la sala de emergencias es una iniciativa innovadora, basada en evidencia, para el manejo de este tipo de patologías dentro

de un marco institucional integral ⁷. El trabajo interdisciplinario para el estudio, adaptación, aplicación y evaluación de este proceso ha significado un esfuerzo muy importante de nuestro personal administrativo, médico y paramédico. Tener la posibilidad de organizar procesos eficientes que busquen optimizar el tiempo y tipo de cuidado brindado a los pacientes que han sufrido este tipo de eventos, así como la identificación temprana y el uso de medios diagnósticos adecuados, nos permitirá efectuar el tratamiento oportuno de esta patología. Compartir esta experiencia para su difusión y crítica, a través del presente número de la Revista Médica Vozandes, en una sección de conocimiento intra e interinstitucional, permitirá alcanzar la meta común del mejor cuidado del paciente.

Entre los artículos originales de este número se destaca un estudio de prevalencia sobre los factores modificables y no modificables que influyen en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ⁸. Su importancia radica en algunos puntos que son remarcables. En primer lugar, conducir estudios de prevalencia, que tanta falta hacen en nuestro medio y que generan otras preguntas de investigación a seguir desarrollándose como líneas de investigación institucional. Luego, la calidad descriptiva del trabajo que marca modelos a seguir en nuestro medio. Finalmente, y aún más importante, el llamado de atención a nuestros sistemas de salud que de manera implícita sugieren los resultados del estudio: la práctica médica en nuestro medio no tiene un enfoque preventivo. Los sistemas de atención primaria, aún débiles y menospreciados, no tienen todavía la fortaleza suficiente para producir cambios en nuestras poblaciones aún vulnerables a factores modificables. La falta de planificación centrada en el fortalecimiento de redes de apoyo a nuestros pacientes, hace que ellos decidan sobre su mejor cuidado. A pesar de ser manejados en instituciones públicas, el riesgo metabólico de los pacientes diabéticos aumenta, entre otras causas por no existir una consistencia en sus controles médicos y sus prácticas de autocuidado. No obstante, la responsabilidad de un médico va un poco más allá de de-

cirle a un paciente diabético que debe ser cuidadoso con su dieta; debe motivarlo aún más para que este tipo de decisiones y actitudes tengan sentido en su vida y sean incorporadas en forma contundente y definitiva. Con ciertas implicaciones similares, la identificación rutinaria de factores de riesgo para el tromboembolismo venoso, destinada a establecer oportunamente las respectivas medidas preventivas durante la hospitalización de los pacientes, es objeto de otra investigación contenida en este ejemplar de la revista^[9].

Estos precisos momentos todo el sistema de salud está siendo cuestionado en su poca eficiencia; conocida, callada y tolerada por nosotros, los profesionales de la salud, en una forma casi culposa. ¿Será acaso que nuestro conocimiento científico no se ha aplicado en el campo adecuado?, ¿Acaso los esfuerzos educativos no están enfocados en el compromiso de ofrecer

medicina de alta competencia en prevención? El uso del conocimiento médico debe ir de la mano con políticas administrativas y sanitarias que busquen cumplir el objetivo final de llevar la mejor medicina a todos nuestros pacientes. Un conocimiento que debe ser aplicado integralmente a los pacientes y no solamente responder a las necesidades pasajeras de atención médica a propósito de una dolencia.

La incorporación del nuevo conocimiento no debe eludir el fin último del ejercicio médico: lograr una salud de calidad en la población. Como lo visualizó Sackett^[10] y posteriormente Strauss^[11], toda inquietud que genere la formación médica debe interrelacionar la mejor evidencia disponible, con la experticia del personal de salud y los valores propios de paciente o población en cuestión; pero englobándose en un marco social, cultural, económico, etc. Algunos de estos aspectos son tomados en cuenta en el trabajo de Álvarez e Hidalgo,

respecto a los resultados clínicos y satisfacción del paciente obtenidos con una modalidad de técnica quirúrgica para la resolución del síndrome del túnel del carpo^[12].

El ejercicio de la Medicina Basada en Evidencia no es sólo leer lo último en procedimientos diagnósticos o innovaciones terapéuticas; es aterrizar el conocimiento para ofrecerlo como servicio de la comunidad. Esta aplicación del conocimiento en la realidad del paciente exige habilidades en comunicación con nuestros pacientes, nuestros pares, nuestro personal a cargo y nuestros superiores. Obtener cambios significativos en los procesos administrativos de las instituciones, la correcta práctica clínica, las conductas de riesgo de nuestros pacientes y las decisiones políticas de nuestros rectores en salud, deben ser los fines últimos a conseguir y no deben perderse de vista.

Referencias

1. Aggarwal R, Gupte N, Kass N, Taylor H, Ali J, Bhan A, et al. A comparison of online versus on-site training in health research methodology: a randomized study. *BMC Med Educ* 2011; 11: 37.
2. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J. Using movies to teach professionalism to medical students. *BMC Med Educ* 2011; 11: 60.
3. Moreira J, Bisoffi Z, Narvaez A, Van den Ende J. Bayesian clinical reasoning: does intuitive estimation of likelihood ratios on an ordinal scale outperform estimation of sensitivities and specificities? *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 934 – 40.
4. Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Am J Infect Control* 2002; 30 (8): S1 – 46.
5. World Health Organization. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization, 2009. [Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf].
6. Douce M. Adherencia a la higiene de manos en la unidad de terapia intensiva del Hospital Vozandes Quito. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 35–39.
7. Douce R, Jarrín F, Suárez R, Páez R, Velasco H, Kon R, Bossano F, Vásquez O. Hemorragia subaracnoidea no traumática: revisión general y protocolo de manejo en el Hospital Vozandes Quito. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 43–50.
8. Díaz E, Orejuela M, Pinza L. Factores relacionados con el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en tres hospitales de la ciudad de Quito - Ecuador. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 5–14.
9. Merchán P, Cevallos N, Tarapués M, por el grupo de estudio PETEV-Quito. Prevalencia de factores de riesgo para tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados: estudio multicéntrico en cinco hospitales de la ciudad de Quito – Ecuador. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 23–29.
10. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine*. Second edition. London: Churchill Livingstone; 2000.
11. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia*. Tercera edición. Madrid: Elsevier; 2006.
12. Álvarez-Mejía W, Hidalgo-Cisneros F. Tratamiento del síndrome del túnel del carpo mediante una técnica de mini-abordaje con microcirugía: procedimientos y resultados a corto plazo. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 15–22.