

**Editorial****CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**

Vol. 19 Núm. 2 Abr.-Jun. 2018

El manejo de la información, su evolución y aplicación en el siglo XXI

Rigoberto Álvarez Quintero*

Es importante recordar los fundamentos sobre los cuales se sustentaban los criterios diagnósticos y terapéuticos hasta finales del siglo XX, aunque por desgracia aún se sigan practicando en el siglo XXI. El paso de visita hospitalaria cama por cama, caso por caso llegaba a convertirse en un escenario de discusión entre personal médico y residentes, que no pocas veces se convertía en discusión acalorada donde hasta los internos de pregrado aportaban su grano de discordia. Todo esto frente a un paciente atónito, el cual al presenciar tal cascada de información y debate sobre su estado de salud, así como las propuestas para su atención (en ocasiones medidas radicales sin sustento alguno), podemos afirmar que entraba en franco estado de pánico con tan sólo ver su mirada atenta a cada interlocutor.

Afortunadamente en la Universidad de McMaster, Sacket y al final Guyatt en la década de los 90 vinieron a revolucionar esta forma tradicional para aplicar ahora más ciencia y menos arte en el quehacer de la medicina moderna, sentando así las bases de la medicina basada en la evidencia (MBE). Por desgracia esta costumbre de discutir frente al paciente cualquier idea, por insensata que sea, persiste como un dogma que debe desaparecer para retomar el intercambio de información, donde participen exclusivamente el médico responsable y el paciente acerca de las conclusiones una vez que éstas se hayan consensuado y evidenciado con bases epidemiológico-científicas, pero no discutirlas jamás en presencia del paciente.

Evidenciar información con documentos científicos, fundamentada en estudios protocolizados y posteriormente analizados bajo el filtro metodológico, deberá sustituir al simple argumento o la opinión personal, teniendo en cuenta que, aunque esta última pudiera parecer convincente, en

general carece de validez científica alguna, lo que conlleva una alta posibilidad de fracaso al final del camino.

El proceso de transformación en la práctica clínico-quirúrgica de arte a ciencia ha tomado prácticamente los últimos 60 años, con el florecimiento de la informática desde sus lentes rudimentos, usando las fichas bibliográficas por autor o tema en la biblioteca, hasta el día de hoy contando con la accesibilidad casi instantánea de información a través de Internet.

Además de la evolución tecnológica digital se ha sumado el esfuerzo de agrupaciones con particular interés en la investigación y la academia como las Clínicas Mayo, Cleveland y la Universidad de John Hopkins, las cuales enfrentaron en su inicio el rechazo franco para esta transición en la forma de hacer medicina en los tiempos actuales.

Prácticamente fue hasta la década de los 80 que se acepta la recolección y análisis de datos no como una herramienta auxiliar, sino como la base misma del criterio diagnóstico-clínico, lo cual originó la aparición de múltiples revistas que no sólo complementaron las tradicionales ya existentes, sino que además se incrementaron en forma importante entre aquéllas que incluían información específica de una especialidad o disciplina. En forma paralela la estadística y su aplicación epidemiológica florece en esa época con el advenimiento de calculadoras científicas electrónicas y su gran accesibilidad popular con la aparición de los microcomponentes y su producción en serie.

Entre los años 1990 y 2000 la Asociación Americana de Medicina (AMA) a través de su revista JAMA ya había publicado múltiples guías de evaluación con nueva terminología tal como «niveles de confianza y recomendación», lo que de alguna manera sentó las bases no sólo de cómo dar relevancia y peso a la información científica disponible en forma particular, sino que además abrió el camino para la recolección y análisis masivo de información por grupos de colaboración como Cochrane.

En la práctica, la evaluación de resultados clínicos bajo este escrutinio metodológico abrió además la puerta para la creación de múltiples esquemas, clasificaciones y criterios para la estadificación de enfermedades, así como su evaluación terapéutica, tal como las usadas en los casos

* Cirujano General. Centro de Especialidad en Hernia, Guadalajara, Jal.

Correspondencia:**Dr. Rigoberto Álvarez Quintero**

PROBEN Calle Manuel Ávila Camacho Núm. 2280,
Jardines del Country, 44210, Guadalajara, Jalisco, México.
E-mail: rigoclmb@yahoo.com

de pancreatitis, cirrosis hepática y traumatismo encefálico, por mencionar algunas. A esto se añan los cuestionarios de evaluación de resultados basados en conceptos de calidad de vida (QoL) propuestos principalmente por centros como el de Carolina del Norte para determinar el grado de satisfacción al final del proceso diagnóstico-terapéutico.

Las críticas a la medicina basada en evidencia (MBE), citan principalmente el potencial abuso de ésta, ya que podemos encontrar dos o tres artículos con información prácticamente con el mismo grado de confianza y recomendación, y sin embargo postulan conclusiones totalmente opuestas. Esto por desgracia ha transformado una herramienta creada para mejorar la aplicación terapéutica en un arma usada frecuentemente para obstaculizar el uso o justificar el abuso en la aplicación de medicamentos o estrategias de manejo y con esto privar así a algunos pacientes de este beneficio o favoreciendo el dispendio de recursos para la salud. Los encargados de formular políticas sanitarias y los pagadores gubernamentales y privados se ven obligados a justificar o negar el reembolso, basado en la mejor evidencia disponible y con esto marginan la práctica que no se ajusta a estos estándares.

En los últimos años las redes sociales han tomado mayor fuerza en lo que respecta al manejo y validación de la información en las diferentes áreas de la salud. Sus grandes ventajas son principalmente la disponibilidad inmediata de transmitir y recibir información prácticamente de todo el mundo, con la retroalimentación de expertos

en cada área sin necesidad de esperar que éste reporte sus resultados en una revista o esperar a que ocurra un congreso anual para escuchar su ponencia por 10 a 20 minutos, ya que generalmente son de fácil acceso y en su gran mayoría de forma gratuita, además de que no se requiere trasladarse a algún evento o suscribirse a una asociación o revista. Por desgracia esta creciente tendencia viene acompañada de una gran cantidad de información basada en opiniones personales, lo cual crea la necesidad de apelar una vez más a la medicina basada en evidencia y hacer que estos grupos de intercambio de información demanden el sustento de esos datos, así como los niveles de confianza y recomendación con que se emiten dichos comentarios.

Es necesario tener en mente que no todo lo que está escrito es necesariamente verdadero o aplicable en nuestro entorno. Debemos desarrollar un pensamiento crítico, así como las habilidades para depurar la gran cantidad de información disponible. Es además recomendable integrarse a estos foros de consenso en las redes sociales; sin embargo, esto no elimina la necesidad de la lectura y el análisis de publicaciones actualizadas en revistas y/o libros, los cuales nos proveerán de esos elementos fundamentales para tomar y hacer uso de la información evidenciada y descartar aquella que carezca del respaldo científico necesario para transferir esos datos a los pacientes que depositan su confianza y bienestar en nosotros como profesionales de la medicina.