

Editorial

# DEL CASO CLÍNICO AL CONOCIMIENTO COLECTIVO: POR QUÉ TODO MÉDICO DEBE SABER HACER UNA REVISIÓN

## FROM CLINICAL CASES TO COLLECTIVE KNOWLEDGE: WHY EVERY PHYSICIAN SHOULD KNOW HOW TO CARRY OUT A REVIEW OF THE LITERATURE

Iván Pradilla MD, MSc.<sup>1</sup>

1. Médico Neurólogo, MSc en Epidemiología. Grupo de Investigación en Neurociencias (NeURos), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia.

**E**n la práctica médica, las decisiones clínicas se basan cada vez más en la evidencia científica. Sin embargo, esa “evidencia” no es un bloque monolítico, sino un paisaje cambiante compuesto por estudios, revisiones y guías que, al integrarse, forman el conocimiento colectivo que hace de la medicina una profesión. Comprender, evaluar y sintetizar esa base de información es una habilidad esencial para los médicos de hoy, más allá de su área de trabajo. Todo médico, sin importar su especialidad, debería saber realizar una revisión crítica de la literatura, no solo para mantenerse actualizado, sino para desarrollar un juicio clínico maduro y contribuir al avance de la práctica médica.

Una experiencia reciente en mi campo, la neurología, ilustra este punto. El manejo del status epilepticus, una urgencia neurológica grave, suele seguir algoritmos bien definidos en las guías internacionales, que colocan a las benzodiacepinas como primera línea. Sin embargo, no es infrecuente recibir un paciente en urgencias que recibió levetiracetam como primera línea. El miedo a tener que dar soporte ventilatorio por la depresión respiratoria asociada con las benzodiacepinas es una de las motivaciones. Como residente, mi expectativa era que la mortalidad fuese marcadamente mayor o que la progresión a la refractariedad fuera más frecuente, pero no noté ese patrón. De por sí solo, sin medir frecuencias y hacer análisis estadístico, esta observación no tiene ninguna validez científica. Mi duda iba en contra de lo que había oído en conferencias y leído en varias revisiones narrativas. Si no

Recibido: 06/04/2025

Aceptado: 14/06/2025

Correspondencia: [Ivan.pradilla@urosario.edu.co](mailto:Ivan.pradilla@urosario.edu.co)

hubiese tenido la experticia para juzgar la evidencia, hasta ahí podría haber llegado mi curiosidad científica. Tendría que enfrentar un montón de cifras, valores p, y medidas de asociación como un idioma extranjero que tan solo había oído un par de veces.

En ese momento, ya contaba con varias de las herramientas que me permiten valorar la evidencia de forma crítica. Rastreé el origen de por qué las benzodiacepinas son el manejo de primera línea. La vasta mayoría de las fuentes se referían a un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* en 1998 (1). El levetiracetam, aprobado por la FDA al año siguiente, no pudo ser parte del estudio. Más aún, haciendo una lectura más detallada, encontré que la superioridad del Lorazepam sobre los otros anticrisis era pequeña, y que al repetir los cálculos encontraba el mismo resultado de “superioridad”. Sin embargo, un ajuste por las múltiples comparaciones entre 4 esquemas anticrisis eliminó la significancia estadística. Revisión tras revisión citaba este hallazgo como incontrovertible.

Búsquedas adicionales, de nuevo usando un conjunto de habilidades que todos los médicos deberían conocer, me llevó a estudios adicionales que no encontraban superioridad de las benzodiacepinas. El único ensayo clínico que directamente comparaba levetiracetam y lorazepam reportó mayor necesidad de ventilación mecánica con el uso de benzodiacepinas, sin observar diferencias en la supervivencia (2). La evidencia que soportaba el dogma de algo tan importante era sorprendentemente débil. En efecto,

mis colegas en la ambulancia, en su afán de evitar la intubación, quizás le ahorran un montón de problemas a mis pacientes.

Este caso ejemplifica un principio clave: no basta con seguir guías de manera automática. El médico moderno debe ser capaz de revisar críticamente la literatura, entender los matices de los datos primarios, y reconocer las limitaciones y fortalezas de la evidencia que respalda sus decisiones clínicas. Las revisiones de la literatura ya sean narrativas, sistemáticas, de alcance u otros tipos, permiten identificar patrones, vacíos, inconsistencias y oportunidades de mejora, no solo a nivel de publicaciones científicas, sino en la práctica cotidiana.

En este sentido, saber hacer una revisión no es únicamente una destreza académica para investigadores: es una competencia clínica esencial. Permite al médico posicionarse no solo como consumidor pasivo de guías y consensos, sino como un participante crítico que puede cuestionar, refinar y, eventualmente, generar nuevo conocimiento. Incorporar la formación en revisión de la literatura desde las etapas iniciales de la educación médica puede fortalecer el pensamiento crítico, mejorar la toma de decisiones y enriquecer el aporte individual al conocimiento colectivo. En un entorno saturado de información y marcado por la necesidad constante de actualización, la capacidad de revisar, sintetizar y aplicar la literatura científica es una herramienta indispensable para todo médico comprometido con una práctica basada en la mejor evidencia disponible.

## REFERENCIAS

1. Treiman DM, Meyers PD, Walton NY, Collins JF, Colling C, Rowan AJ, et al. A Comparison of Four Treatments for Generalized Convulsive Status Epilepticus. *N Engl J Med*. 17 de septiembre de 1998;339(12):792-8. <https://doi.org/10.1056/NEJM199809173391202>
2. Misra UK, Kalita J, Maurya PK. Levetiracetam versus lorazepam in status epilepticus: a randomized, open labeled pilot study. *J Neurol*. abril de 2012;259(4):645-8. <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6227-2>