

PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. PAPEL DEL GESTOR DE INFORMACIÓN COMO INTEGRANTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

MARGARITA CEREZO SANMARTÍN

Resumen: Se analiza la figura del Gestor de Información, especializado en organizaciones sanitarias y su total justificación a la luz del cambio que se está produciendo en la toma de decisiones en cuanto a terapéutica, como en la gestión sanitaria; esta nueva visión a la que se denomina práctica clínica basada en la evidencia científica permite adoptar un criterio de actuación basado en el conocimiento, el cual debe ser central en la provisión de cuidados para lograr la máxima calidad de los mismos.

Palabras clave: Gestor de Información, evidencia científica, organización sanitaria, conocimiento, calidad asistencial, equipo multidisciplinar.

Abstract: This study analyses the figure of the Information Manager specialized in health organizations and the complete justification for his/her presence in the light of the change taking place in decision making regarding both therapy and health management. This new vision, called clinical practice based on scientific evidence, makes it possible to adopt a knowledge-based criterion of action which should be a key point in the provision of health care services in order to attain maximum quality.

Key words: Information Manager, Scientific evidence, Health organization, Knowledge, Health care quality, Multi-disciplinary team.

INTRODUCCIÓN

Entendida la organización como la coordinación racional de actividades de un grupo de personas con el propósito de lograr algún fin. Las organizaciones sanitarias son un tipo muy especial, con una serie de inputs (material, capital, información) y outputs deseados, servicios que se prestan al cliente

que acude al centro hospitalario. A ello añadimos los distintos tipos de profesionales que prestan sus servicios a la comunidad (facultativos con diversas especialidades, enfermeros generalistas, psicólogos...), los cuales precisan de una información puntual para llevar a cabo su quehacer profesional y asimismo desarrollar una labor investigadora que sirva a su vez como base para la toma de decisiones futuras (aplicación de tratamientos).

Hacemos referencia a este respecto al ciclo de vida de la información científica y técnica, donde el profesional/investigador es uno de los protagonistas junto con el Gestor de Información, el cual ayuda al profesional a encontrar el material que necesita, recoge los nuevos documentos producidos y los analiza para su posterior recuperación para que estén a disposición de la comunidad científica. Si nos adentramos inicialmente en lo que llamamos el ciclo de la información, que es por sí mismo un sistema de información, el investigador es tanto la figura que busca esa información como el que la genera. El gestor contribuye a agilizar y a dinamizar ese ciclo, facilitando el trasvase y la comunicación de información de un usuario a otro. Obviamente si el investigador no pierde su tiempo buscando información que otros profesionales le pueden ofrecer, el primero puede dedicarse por completo a su función, mientras que permitirá a los segundos desarrollar también las suyas. De esta forma, cada uno desempeña la labor para la que está capacitado. Esta alusión al ciclo de la información nos parece fundamental en el posterior desarrollo del presente trabajo.

Por otro lado, y volviendo al tipo de organización que nos ocupa, el objetivo fundamental de la organización hospitalaria es la prestación de asistencia sanitaria eficaz (para el usuario) y eficiente (para el responsable de la organización).

El gestor de información con su cometido principal de administrar los recursos informativos de la organización, focaliza su actuación en servir a los investigadores, profesionales de la salud que denominaremos usuario principal o primario y en consecuencia al objeto de la prestación sanitaria, sobre el que inciden la aplicación de las investigaciones, la población en general al cual denominamos usuario objeto.

Los atributos que debe reunir un gestor de información, especializado en el mundo científico-sanitario, incluyen conocimiento a fondo de la entidad y sus objetivos, habilidad para comunicar con eficacia, o sea, hacer accesible una base amplia de información que sea exhaustiva, fidedigna y que llegue a tiempo y, por supuesto, conocimiento en el tratamiento de la información.

La figura del gestor de información en el ámbito sanitario especialista en información científica debe saber dónde está esa información, para qué sirve y cómo se maneja. Conlleva, por tanto, innovación y puesta al día para ayudar a los profesionales en sus decisiones terapéuticas.

Es concebido en este sentido como el alma dinamizadora de la organización, en cuanto a optimización de recursos de información en la organización sanitaria.

DESARROLLO

Si en el apartado anterior hemos apuntado algunas facetas del gestor de información en el ámbito sanitario, debemos añadir a ello un cambio de mentalidad que se viene produciendo desde el comienzo de la década de los noventa en la toma de decisiones de tratamientos, tanto a nivel de la práctica clínica diaria, como de la gestión sanitaria.

Surge en primera instancia en el Reino Unido donde se manifestó el respaldo al Programa Nacional I+D en el que se estableció el compromiso no sólo de generar nuevo conocimiento científico sino de basar las decisiones del sistema sanitario en el CONOCIMIENTO, el cual debe ser central en la provisión de cuidados. Este conocimiento lleva a los profesionales a tomar unas pautas de actuación basadas en los resultados de la investigación para mejorar la calidad asistencial.

En España se comienza a trabajar en esta línea a mediados de la década de los noventa.

Existen cuatro causas por las que la práctica clínica actual está cambiando:

- Cambios en la relación médico/paciente.
- Influencia de las nuevas tecnologías.
- Modificaciones en las fronteras entre salud/enfermedad.
- Debate ético sobre los temas biológicos y asistencia sanitaria.

PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA (PCBE)

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica (PCBE) incorpora a la experiencia o maestría individual la mejor información científica dispo-

nible con el fin de aplicarla a la toma de decisiones de los profesionales. Con la denominación de PCBE no significa tanto que exista o haya existido una «medicina» no basada en la evidencia, sino utilizar un término que destaca el creciente interés por la investigación de los resultados de la atención sanitaria con los objetivos de reducir las incertidumbres, explicar las variaciones en la práctica clínica (PC) y mejorar la efectividad de los procedimientos y la eficiencia del sistema sanitario.

Esta nueva cultura de las unidades clínicas requiere infraestructura informática, conocimiento en metodología de la investigación clínica (epidemiología clínica) y entrenamiento en la técnica de la medicina basada en la evidencia.

La PCBE surge por:

- Existencia de una enorme información científica en las ciencias de la salud, sobre todo medicina, y en continua evolución (actualmente se publican 2.000.000 artículos en medicina, repartidos en más de 20.000 revistas). El profesional sanitario no dispone del tiempo suficiente para dedicarse a leer el promedio de 19 artículos que le supondrían estar al día en los temas relacionados con su parcela de trabajo y esto se sucede en crecimiento exponencial. Por otro lado se plantea cómo identificar lo más actual sobre un tema de interés, cómo conseguir las referencias oportunas y cómo organizarse para archivar toda la información que maneja.
- Exigencia de ofrecer máxima calidad asistencial.
- Limitación de recursos destinados a la atención sanitaria.

Herramientas de la PCBE

1. **ECA** (ensayo clínico aleatorizado). Este tipo de experimentos consisten en comparar dos o más grupos de sujetos que reciben intervenciones o tratamientos diferentes, de forma que cualquier diferencia en las respuestas que se observan puedan ser atribuidas con la suficiente confianza, al tratamiento ensayado.

Los pasos a seguir para realizar un ECA, se centran fundamentalmente en:

- Definir el problema y detallar cuál es el factor a probar y con cuál debe ser comparado.

- Seleccionar la muestra de pacientes que deben entrar en el estudio, determinando cuáles son los criterios de inclusión.
 - Definir lo que se va a considerar como éxito, resultado válido o éxito terapéutico.
 - Calcular el tamaño de la muestra y definir el tiempo de estudio.
 - Distribución de los pacientes de forma aleatorizada, es decir, «por sorteo».
 - Valoración estadística de los resultados.
 - Conclusiones en base a los resultados.
2. **Revisiones sistemáticas.** Constituyen una herramienta indispensable para depurar esta desmesurada cantidad de información. Usar toda la información disponible de la mejor manera posible, recopilación y síntesis de todos los trabajos relevantes hecha de forma explícita y exhaustiva. No hacemos referencia, por tanto, a revisiones bibliográficas convencionales ya que no constituyen un mecanismo suficientemente aceptable, desde el punto de vista de la evidencia científica, para transmitir los conocimientos. Nos referimos con estas revisiones sistemáticas a una ciencia de revisión de la investigación.
3. **Meta-análisis.** Análisis estadístico de una serie de estudios, a ser posible de todos los existentes sobre el mismo tema, con el objetivo de sintetizar los datos cuantitativos de los artículos originales y agruparlos en un indicador o estimador común, por ejemplo, eficacia de un tratamiento.

Una vez vistas las circunstancias por las que surge la PCBE y las herramientas con las que cuenta para llevarse a cabo, las ventajas de su aplicación son evidentes en términos de capacidad de reflexión clínica, de modelización científica del profesional sanitario, y de satisfacción personal. Los grandes inconvenientes son que requieren cambio de hábitos, infraestructura, formación y sobre todo mucho tiempo para efectuar las revisiones del cual normalmente no dispone el profesional.

Aún a pesar de estos inconvenientes y el hecho de no ser una práctica muy extendida en las organizaciones sanitarias, en España, por ejemplo, se comienza a hablar de PCBE en el año 1996. La medicina basada en la evidencia es

un fenómeno que despierta cada vez mayor interés y curiosidad. Su fuerza está en su propio concepto: dirige la atención a las relaciones que se dan entre la práctica de la medicina y el conocimiento científico.

La instauración de la medicina basada en la evidencia motivó que algunos pioneros, como Archibald Cochrane, observara que los libros de texto generalmente ya nacían obsoletos. Fue el gobierno inglés el primero en establecer un centro de revisiones, el denominado Centro Cochrane, en Oxford, que supuso el definitivo impulso a la PCBE. La misión actual del Centro Cochrane es preparar, mantener y difundir revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos controlados; en resumen, informar sobre la «evidencia» creando para ello los GCR (Grupos Colaboradores de Revisión).

Nuestra visión de la PCBE no se limita en el ámbito de asociaciones o centros como es la Colaboración Cochrane, sino que ésta se debe extender a las instituciones donde se aplican directamente los cuidados sanitarios.

Es fundamental, por tanto, la instauración de un equipo multidisciplinar compuesto por: médicos/profesionales sanitarios, estadísticos y un gestor de información, que permita rentabilizar una información, para conseguir el ahorro de tiempo y de dinero que de ello se deriva, gestionando toda esa información que incidirá en la acertada toma de decisiones a la hora de poner en práctica los tratamientos válidos para una determinada situación.

Un gestor de información, experto en organizaciones sanitarias, proporcionaría la información como bien capaz de generar un valor determinado, en nuestro caso un tratamiento eficaz. Esta información por lo tanto debe ser exhaustiva, fidedigna y que llegue a tiempo.

Como decíamos al comienzo de este trabajo, este gerente de información debe tener un conocimiento de la empresa, buena comunicación interpersonal, habilidades técnicas, capacidad de organizar los datos a los cuales incorporaría tanto fuentes de información tradicionales en ciencias de la salud así como las principales fuentes de evidencia como The Cochrane Library (www.update-software.com/ccweb/cochrane/cdsr.htm), Trip Database (www.ceres.uwcm.ac.uk), CRD, etc.

No cabe duda que en lo que se refiere a organizaciones sanitarias nos encontramos ante la «tercera revolución» de la atención, ya no nos basta con disponer de información y tecnología suficientes, sino que y siguiendo a Debons damos un salto en el espectro del conocimiento para llegar al eslabón del conocimiento. En el ámbito de las organizaciones sanitarias la infor-

mación no se ciñe solamente a mercancía, energía o datos sino que ésta se analiza, se procesa y se convierte en conocimiento, el cual es el estado cognitivo por excelencia y se refiere al registro organizado por la experiencia humana en una representación física (publicaciones periódicas) u otros medios nuevos como bases de datos o sistema de información on-line.

En toda esta organización del conocimiento, garante de las acertadas tomas de decisiones de los profesionales de la salud, la figura del gestor de información constituye una pieza clave como integrante fundamental del equipo.

Si antes nos referíamos a una «tercera revolución» en las organizaciones sanitarias, esta manera de gestionar el conocimiento nos lleva a pensar, tal vez, en el paso de un gerente de información al de un gerente del conocimiento, pues la metodología basada en la evidencia consiste en descubrir los criterios que permiten calificar un conocimiento como verdadero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BONFILL, X.; GABRIEL, R., y CAVELLO, J.: «La medicina basada en la evidencia». *Revista Española de Cardiología*, 1997, 50, p. 819.
- CHAÍN NAVARRO, C.: «Gestión de información para la investigación: Desarrollo y consolidación de las funciones del gestor como asesor y consultor para la ciencia y tecnología». *Ciencias de la Información*, 30, 4, pp. 39-49.
- COCHRANE, A.: «1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession». En *Medicines for the year 2000*. Londres, Office of Health Economics, 1979, pp. 1-11.
- «Evidence based on Medicine Working Group. A next approach to teaching the practice of medicine». *JAMA*, 1992, 268, pp. 2420-2425.
- GREENHAIGH, T.: «How to read a paper: the basics of evidence based medicine». *British Medical Journal*, 1997, 315, pp. 672 y 981.
- POZO RODRÍGUEZ, F.: «La Medicina Basada en la Evidencia. Una perspectiva desde la Clínica». *Medicina Clínica*, 1996, 1, pp. 12-16.
- ROS GARCÍA, J.: *Documentación general. Sistemas, redes y centros*. Madrid, Síntesis, 1994.
- «El centro de documentación como dinamizador de la empresa». *Revista General de Información y Documentación*, 1998, vol. 8 (2), pp. 165-171.
- «Information manager». Dirección URL: <http://www.ucm.es/info/multidoc/publicaciones/Journal>.

- ROSENBERG, W., y DONALD, A.: «Evidence based medicine: an approach to clinical problem-resolving». *BMJ*, 1995, 310, pp. 1122-1126.
- SACKETT, D. L.: «How to read clinical journals: why to read them and how to start reading them critically». *Can. Med. Assoc. J.*, 1981, 124, pp. 555-558.
- SACKETT, D. L.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W., y HAYNES, R. B.: *Evidence-based Medicine. How to practice & Teach EBM*. Nueva York, Churchill Livingstone, 1997.
- SMITH, R.: «Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence». *BMJ*, 1991, 303, pp. 789-799.