
Implementació de l'evidència científica

PID_00263750

Alfonso Igualada Pérez
Desirée Mena Tudela

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



Alfonso Igualada Pérez

Universitat Oberta de Catalunya.

Desirée Mena Tudela

Universitat Jaume I.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats pel professor: Sergi Fàbregues (2019)

Primera edició: setembre 2019

© Alfonso Igualada Pérez, Desirée Mena Tudela

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2019

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció.....	5
1. La síntesi de l'evidència científica per usar-la en la pràctica.	7
1.1. Com fer una síntesi	7
1.2. Les taules resum	10
1.3. Tipus de síntesi	11
1.3.1. Metaanàlisi	11
1.3.2. Metaetnografia	13
1.3.3. Síntesi temàtica	15
2. Presa de decisions i implementació sobre la base de les evidències.....	18
2.1. Fases per implementar la PBE	18
2.2. Context d'aplicabilitat de l'evidència oposada i factors que cal tenir en compte	19
2.3. El pacient com a subjecte de canvi i aplicabilitat de la pràctica basada en l'evidència	22
2.4. Marcs teòrics d'implantació de la pràctica basada en l'evidència	24
2.4.1. Stetler Model	24
2.4.2. Model Iowa	25
2.4.3. <i>The Advancing Research i Clinical Practice through Close Collaboration Model (ARCC model)</i>	27
2.4.4. L'ACE Star Model	27
2.4.5. Un model per a l'aplicació pràctica: DiCenso, Cullum, Ciliska i Guyatt EBP Model	27
3. Les guies clíniques en salut.....	29
3.1. Com fer una guia clínica	29
3.2. L'avaluació de la qualitat de les evidències	30
3.3. L'avaluació de la qualitat de la guia	31
3.4. L'adaptació de guies	32
4. Avaluació i recerca en PBE.....	33
Bibliografia.....	37

Introducció

Les intervencions en el camp de la salut requereixen la creació i actualització periòdica de protocols d'intervenció tenint en compte la complexitat dels diversos factors influents en la salut i la qualitat de vida del pacient. A més, el coneixement lligat a les professions de les ciències de la salut, sobretot les que han ampliat el contingut dels seus programes formatius recentment (per exemple, el cas de la fisioteràpia, la logopèdia, la nutrició o la infermeria) està en ple desenvolupament i actualitzant-se constantment a causa dels avenços científics. Juntament amb això, la facilitat d'accés a la informació mitjançant la tecnologia implica la necessitat d'extreure i garbellar les millors evidències per implementar-les en la pràctica clínica. La pràctica basada en l'evidència (PBE), com a element vertebrador entre l'estudi científic i la pràctica clínica, serveix per implementar l'evidència científica en la pràctica clínica. No obstant això, la implementació suposa l'aplicació i posada en funcionament de l'evidència científica en la pràctica clínica, fet que pot arribar a ser complex en la gestió de patologies tractades per diferents professionals, i tenint en compte les necessitats i restriccions del context laboral sanitari.

En aquest mòdul tractarem la implementació de l'evidència científica. Aquesta ha estat definida com els mètodes que serveixen per promoure l'assimilació dels resultats de recerca en la rutina de l'atenció sanitària en contextos clínics i de polítiques de decisió i, per tant, promoure la qualitat i efectivitat de la sanitat (The ADAPTE Collaboration, 2009). Això, segons els autors, també inclou l'estudi de les influències en el professional sanitari i l'acció organitzacional. La Biblioteca de Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut defineix la implementació com un procés planificat que ha d'atendre les peculiaritats del context, d'institucions i professionals. Atès que els contextos socio-sanitaris són variables, tant en el temps com en l'espai, implica que no hi hagin fórmules ni recomanacions universals per desenvolupar un procés d'implementació tenint la necessitat de planificar i elaborar estratègies per a la seva adaptació al medi. En tot procés d'implementació hi han de participar tots els agents que estaran afectats per aquest procés de canvi independentment de l'àmbit en el qual s'estigui treballant (Guia de salut, 2018).

En el mòdul anterior hem estudiat l'avaluació de la qualitat de les referències incloses en una revisió sistemàtica de la literatura, fase prèvia a la síntesi de les evidències. En aquest mòdul, primer estudiarem la síntesi d'evidència científica utilitzada com a mètode que permet influir en la presa de decisions clíniques. Continuarem estudiant alguns dels factors influents en la presa de decisions i la implementació de les evidències clíniques en el context clínic. Atès que les guies clíniques són l'instrument per excel·lència per facilitar la implementació de les evidències científiques, seguidament hem inclòs un apartat en el qual n'estudiarem l'ús en el camp de les ciències de la salut. Finalment,

per tancar el cercle entre el binomi recerca-pràctica, abordarem aspectes de l'avaluació de la implementació clínica i la seva connexió amb la recerca científica.

1. La síntesi de l'evidència científica per usar-la en la pràctica

La síntesi de l'evidència científica és l'eina idònia per produir informació sobre les pràctiques més bones i influir en la presa de decisions mitjançant la reflexió crítica subjacent a la síntesi i el contrast d'evidències (Athanasiou i Darzi, 2011; Booth, Papaioannou, i Sutton, 2012; Gough, Oliver i Thomas, 2017; Petticrew i Roberts, 2006). Una síntesi d'informació comporta processos de resum, abreujament o esquematització de la informació, però també de prioritització i contrast d'informacions confluents o divergents que, a més de proporcionar una visió comprensiva sobre el tema, permeten desenvolupar el pensament crític sobre el problema clínic. Per tant, la síntesi no és un simple llistat de troballes individuals entre estudis, sinó que també implica la transformació de les dades de les fonts primàries en un tot complet i connectat (Gough *et al.*, 2017).

A l'àrea de les ciències de la salut, la síntesi de l'evidència pot determinar la fortalesa de l'associació entre una patologia/malaltia i el seu supòsit causant, i pot servir per generar associacions d'informació en relació amb la prognosi, el diagnòstic i el tractament (Athanasiou i Darzi, 2011). El cas 1 «El grup de treball motivat a comunicar» exemplifica l'ús de la síntesi com a producte de comunicació de la PBE.

Cas 1. El grup de treball motivat a comunicar

En la clínica ha sorgit la necessitat de generar un consens actualitzat sobre les millors intervencions sobre una patologia. S'ha creat un grup de treball multidisciplinari amb formació universitària en PBE per prendre una decisió. En el grup s'han adonat que algunes de les propostes d'intervenció no s'ajusten als protocols actuals del seu centre i observen la necessitat de compartir els resultats de la seva cerca d'informació. Per solucionar-ho, decideixen fer una síntesi de les evidències amb la intenció d'arribar a unes conclusions sobre les millors pràctiques que es poden implementar. A més, consideren que comunicar les evidències i les accions en una guia d'intervenció ajudarà a l'aplicació en el context amb protocols específics per a cada unitat i àrea professional. En una fase posterior, també preveuen crear alguns tríptics per informar i ajudar els pacients en la presa de decisions informades.

La planificació de la síntesi de la informació de la cerca d'evidències científiques, així com la creació dels productes de comunicació de la implementació, són passos que cal definir des del començament de la PBE. Aquest tipus de pràctiques pot ajudar en l'actualització del coneixement sobre les millors evidències i facilitar la decisió de protocols i consensos sobre les millors pràctiques aplicades en un context.

1.1. Com fer una síntesi

Com en l'encadellat d'un trencaclosques, la unió de les evidències ha de comptar amb una imatge de mira com a objectiu, que en el cas de la síntesi és la pregunta de recerca. La pregunta clínica ha de vehicular l'organització de les informacions incloses en la síntesi (Gough *et al.*, 2017). Com hem comentat,

la síntesi reuneix una anàlisi crítica de les evidències que, segons Petticrew i Roberts (2006), pot ser crucial en la presa de decisions i en les polítiques d'intervenció. Segons els autors, l'impacte de la síntesi augmentarà en la mesura que es tinguin ben definides les característiques de la problemàtica en la pregunta clínica.

La categorització d'informacions exposades en la síntesi s'ha de fer tenint en compte les idees subjacents a la pregunta clínica. Petticrew i Roberts (2006) exposen que el primer pas en la integració de la síntesi és la descripció dels estudis en categories lògiques relacionades amb la pregunta. En relació amb la categorització d'idees, hem de tenir en compte que, sobre la base de com agrupem la informació, facilitarem la resposta a certes preguntes. Segons els autors, l'agrupació de les informacions basant-se en la qualitat de l'estudi permetrà valorar la robustesa de l'evidència; fer aquesta agrupació argumentant-se en els resultats servirà per saber com aconseguir aquests resultats; i agrupar-los sobre la base de les intervencions permetrà conèixer-ne l'efectivitat. Altres exemples d'organització de les dades són: segons la direcció i l'efecte dels resultats, segons els diferents factors i processos presents en les intervencions, en relació amb aspectes temàtics del marc conceptual sobre la base de característiques de les mostres i de la intervenció (Gough *et al.*, 2017). Una vegada agrupades les evidències seguint categories comunes, el següent pas és l'anàlisi dels resultats dins de cadascuna de les categories comunes. Finalment, Petticrew i Roberts (2006) proposen la realització d'una síntesi dels resultats de manera transversal en la qual s'analitzin els resultats d'estudis comparant la informació entre les categories lògiques utilitzades prèviament.

En relació amb la construcció de la síntesi, Gough *et al.* (2017) desenvolupen un model que també parteix de la definició de la pregunta científica i l'ordenació de les idees. Els aspectes que cal tenir en compte en aquest model s'articulen entorn de set preguntes:

- Quina és la pregunta? Incloure les teories i assumpcions en relació amb la pregunta de revisió.
- Quines dades hi ha disponibles? Fer l'anàlisi descriptiva de les dades en la qual organitzar els resultats.
- Quins són els patrons de les dades? Basar-se en els resultats incloent-hi les característiques de la intervenció, els resultats i els participants de l'estudi.
- La integració de les dades respon a la pregunta?
- Quina solidesa té la síntesi? En relació amb la qualitat, la sensibilitat, la coherència i la rellevància.
- Quin és el resultat?

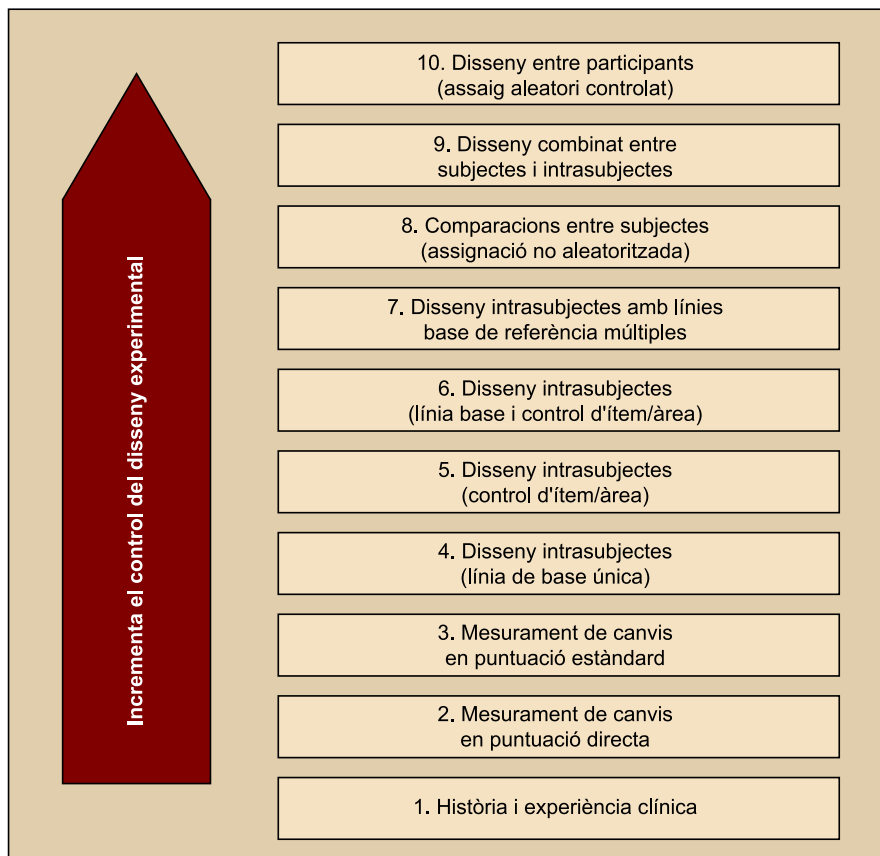
- Què significa el resultat? Relacionat amb les conclusions i que pot connectar-se amb l'emergència d'una nova pregunta de recerca.

Amb la finalitat d'augmentar l'impacte de les síntesis, Petticrew i Roberts (2006) també recomanen que les revisions sistemàtiques es caracteritzin per incloure tots els estudis que avaluen la intervenció, siguin de tipus qualitatiu, quantitatiu o mixt. En relació amb aquest tema, hi ha hagut una tendència a incloure en les revisions únicament dissenys quantitatius amb un alt grau de control experimental. Els assajos aleatoris controlats es consideren en el punt més alt en el pla metodològic (vegeu la figura 1 sobre la contribució de la complexitat del disseny experimental a la solidesa de l'estudi). No obstant això, depenent de l'àrea de recerca, poden haver-hi pocs estudis d'assajos aleatoris controlats, per la qual cosa altres tipus de dissenys menys controlats, com els estudis observacionals i els estudis de cohort, poden incloure's en la revisió. Tot i que s'ha de tenir en compte que és possible que aquest tipus de metodologies amb un control experimental menor no puguin incloure's en estudis de metaanàlisi. Els autors argumenten que un altre factor limitant de l'ús exclusiu d'estudis d'assaig aleatori controlat és el fet que sol haver-hi un biaix de la intervenció cap a intervencions intenses i focalitzades que s'enfoquen sobre resultats individuals en lloc de sobre poblacions més àmplies (Petticrew i Roberts, 2006). Tal com recomanen els autors, una estratègia pot ser fer comparacions que incloguin resultats d'estudis amb comparació de diferents nivells de control en el disseny experimental, per exemple, tenint en compte si són dissenys controlats, no controlats, aleatoritzats, no aleatoritzats, prospectius o retrospectius. La idea seria fer una categorització conceptual i metodològica dels resultats tenint en compte el pes en la qualitat i l'aplicabilitat dels resultats.

Vegeu també

El metaanàlisi es tracta en el següent apartat sobre tipus de síntesi.

Figura 1. Contribució del disseny experimental a la solidesa de l'estudi



Font: basat en Ebbels (2017).

1.2. Les taules resum

L'ús de taules resum és un recurs habitual de les síntesis d'informació que ajuda a la presentació explícita i transparent de tot el procés (Sanabria *et al.*, 2015). Les taules resum dels estudis analitzats poden incloure una descripció dels estudis, la seva població, els mètodes i els resultats per incrementar la transparència dels resultats. Una de les eines disponibles és la taula de síntesi dels resultats (*summary of findings*). Aquesta taula permet presentar les informacions rellevants a les comparacions de cada estudi i el nivell de confiança dels resultats (qualitat de l'evidència) respecte dels resultats més importants. Això permet aclarir la contribució de cada estudi als resultats i donar a conèixer dades que són especialment rellevants. Una altra modalitat de taula pot servir per resumir els resultats juntament amb una avaluació crítica de cada estudi en la qual s'inclouin els problemes metodològics principals o altres aspectes que puguin influir en els resultats, com la qualitat de l'estudi. Aquesta avaluació dels resultats també pot incloure's en forma de narració en el text, encara que l'ús de taules redueix la possibilitat que el redactat proporcioni més pes a certs estudis i resultats.

1.3. Tipus de síntesi

Hi ha diferents formats de síntesis d'informació depenent de la naturalesa quantitativa, qualitativa o mixta de les dades. L'aproximació quantitativa té com a exemple més significatiu la tècnica de metaanàlisi en la qual es comparen resultats d'intervencions semblants mitjançant l'anàlisi estadística de dades quantitatives. Juntament amb les tècniques de metaanàlisi, s'han identificat múltiples aproximacions qualitatives per a la síntesi de recerca (per a una ampliació sobre altres tipologies de síntesis, podeu veure, per exemple, Athanasiou i Darzi, 2011; Both *et al.*, 2012). En aquest text abordarem breument les característiques de les síntesis de metaanàlisi i de dues modalitats de síntesi qualitativa, la metaetnografia i la síntesi temàtica.

1.3.1. Metaanàlisi

La metaanàlisi suposa l'agrupació d'estudis quantitius similars, utilitzant mètodes estadístics per combinar els resultats d'estudis empírics, en els quals cada estudi avalua la mateixa hipòtesi (Petticrew i Roberts, 2006). La tècnica de metaanàlisi pot ser especialment interessant quan el nombre d'estudis que cal revisar és llarg, ja que trobar patrons de les dades pot ser molt complicat amb nombres elevats d'estudis. L'increment d'estudis en la revisió també farà que la grandària de l'efecte sigui més alt.

El producte de metaanàlisi, a més d'incloure els aspectes relacionats amb la síntesi d'informació, com en la revisió, també duu a terme el tractament de dades i l'anàlisi d'aquestes dades (Both *et al.*, 2012). Segons aquests autors, els passos per fer la tècnica de metaanàlisi són:

- 1) Resum de les dades en taules (pas relacionat amb l'extracció de dades).
- 2) Gràfics de les dades (pas relacionat amb la síntesi).
- 3) Avaluar si hi ha heterogeneïtat, és a dir, la variació en els resultats (pas relacionat amb la síntesi).
- 4) Fer una metaanàlisi si l'heterogeneïtat no és una qüestió principal (pas relacionat amb l'anàlisi).
- 5) Si hi ha heterogeneïtat, identificar els factors que la puguin explicar (pas relacionat amb l'anàlisi).
- 6) Avaluar l'impacte de la qualitat de l'estudi en els resultats (pas relacionat amb l'anàlisi).
- 7) Explorar la possibilitat que el biaix de variació es degui al fet que s'ha donat una rellevància especial o s'hagin omès certs estudis.

El mètode més senzill per quantificar les dades dels estudis inclosos en la metaanàlisi comporta dos passos. El primer és el càlcul de la grandària de l'efecte per a cada mesura (per exemple, el tractament) per a cada estudi de la revisió. El càlcul s'obté a partir de la diferència de les mitjanes del tractament entre el grup de tractament i el de control, dividit entre la desviació estàndard agrupada (la dispersió mitjana de tots els punts de les dades al voltant de la seva mitjana grupal) per a cada grup. El segon pas consisteix a agrupar les dades entre els estudis revisats per generar una única grandària de l'efecte general. Això es pot fer quan els estudis comparteixen mesures amb una mateixa escala; en cas que no sigui així, es poden estandarditzar els resultats de la mesura en una escala comuna, abans d'agrupar-los.

Lectura recomanada

Per a un exemple de l'aplicació de la fórmula o per conèixer altres tècniques com la inspecció visual amb *Forest plot*, vegeu el treball següent:

M. Petticrew i H. Roberts (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA / Oxford, UK, Victoria, Austràlia: Wiley-Blackwell.

A continuació, estudiarem l'exemple d'un estudi de metaanàlisi sobre l'eficàcia de les intervencions de l'anomia (dificultats en la cerca de paraules) en persones amb afàsia (Wisnburn i Mahoney, 2009). A més d'estudiar l'eficàcia de les intervencions, l'estudi té com a objectiu conèixer l'efecte de les intervencions en la generalització a altres paraules no entrenades, determinar el manteniment en el temps dels efectes de la teràpia i estudiar l'efecte en la recuperació del llenguatge respecte del moment d'inici de l'afàsia. Es realitzen diferents mètodes de cerca en bases de dades (ERIC, MEDLINE, PsychArticles, PsychInfo, PubMed, and EBSCOHost) sobre la temàtica de l'anomia, incloent-hi diverses combinacions dels termes *anomia*, *word-finding*, *word retrieval*, *word recall*, *treatment*, *therapy* i *efficacy*. L'anàlisi de dades quantitatives té en compte el càlcul de diferents mesures amb la finalitat de conèixer la grandària de l'efecte, com per exemple, l'estandardització de la mitjana del pretest i el posttest, i la desviació estàndard de les mesures preintervenció. Una vegada aplicats els criteris d'inclusió i exclusió a un total de 500 estudis identificats en la cerca, es van classificar 44 estudis seguint les variables categoria de tractament (semàntic, fonològic o mixt); tipologies de paraules tenint en compte si les paraules han estat entrenades, si s'han exposat o no, si estan relacionades amb les paraules entrenades, si s'havia exposat o no la paraula o si eren paraules relacionades o no; mesures de seguiment de la intervenció; i la mitjana del nombre de mesos d'aplicació de la intervenció posteriors a l'inici de l'afàsia. Les anàlisis de resultats compten amb diverses taules en les quals es comparen la magnitud d'efecte del tractament, agrupant els estudis sobre la base de les variables comentades anteriorment. També s'inclou informació sobre la magnitud d'efecte dividida en quartils, la qual cosa permet la comparació d'estudis d'efecte baix, mitjà o alt. Finalment, en els annexos s'inclouen taules resum dels estudis on es descriu la magnitud de l'efecte de cada estudi. Els resultats demostren els efectes beneficiosos de la teràpia de cerca de paraules, tot i que hi ha varietat entre les diferents intervencions. En concret, els autors demostren que hi ha

poca generalització en paraules poc relacionades i no entrenades. També demostren que la intervenció és beneficiosa en individus que van seguir la intervenció amb anys de diferència respecte de l'inici de l'afàsia.

1.3.2. Metaetnografia

La metaetnografia s'inclou dins de les síntesis interpretatives d'evidència qualitativa, és a dir, les síntesis d'estudis que pretenen arribar més enllà de la recopilació o comparació d'informacions de fonts primàries, per arribar a generar una nova interpretació o traducció conceptual dels estudis (Pope, Mays i Popay, 2007). El terme *traducció* en aquest context fa referència a la traducció de les categories principals del significat.

La metaetnografia es pot aplicar a diferents aproximacions teòriques i metodològiques qualitatives. L'etiqueta d'etnografia no ha de confondre's com una limitació a l'anàlisi d'estudis etnogràfics (l'estudi de les societats i cultures humanes amb recollida de dades habitualment a partir de l'observació dels participants). Els autors originaris els van assignar l'etiqueta a aquest tipus de síntesi, ja que els seus primers usos es van fer amb estudis etnogràfics (Gough *et al.*, 2017; Pope *et al.*, 2007).

El procés de la metaetnografia està compost per set passos iteratius que enumerem a continuació (Gough *et al.*, 2017; Pope *et al.*, 2007):

- 1) Identificació de l'àrea d'interès.
- 2) Cerca i selecció dels estudis rellevants de tipus propositiva. Aquesta cerca ha de ser exhaustiva o comprensiva ja que l'objectiu és teòric i no de generalització estadística.
- 3) Lectura repetida dels estudis per identificar els conceptes i les interpretacions de les fonts primàries.
- 4) Determinar com es relacionen els estudis:
 - Traducció recíproca. Quan els conceptes en diferents estudis es corresponen o estan en acord, i poden ser associats/comparats directament.
 - Traducció oposada (refutació). Situació en la qual els conceptes d'uns i altres estudis entren en conflicte. Relacionats amb la idea de coneixement científic a partir de l'argumentació i la contraargumentació.
 - Línia de síntesi d'arguments. Els resultats no s'admeten o entren en conflicte, però es poden configurar per fer una narrativa àmplia. Examina què podem dir de la globalitat a partir d'estudis individuals.

5) Traduir els estudis entre si, identificar les explicacions. En la comparació de semblances i diferències entre conceptes és on ocorre la traducció. En aquesta fase cal preguntar-se si un concepte es pot traçar en un altre i si analitza qual-sevol diferència conceptual. La seqüència lògica és «A és com a B excepte...».

6) Sintetitzar les traduccions. Identificar els conceptes que transcendeixen a una teoria individual i els que poden ser utilitzats per generar un nova interpretació o desenvolupament conceptual.

7) Comunicar la síntesi.

La metaetnografia assumeix la idea de diferents plans o ordres de la construcció del significat:

- Les dades de les fonts primàries són els de primer ordre, per exemple, les interpretacions dels participants en la recerca.
- El segon pla correspondria a les interpretacions dels investigadors de les fonts primàries.
- Les interpretacions de la revisió suposarien les de tercer ordre.

La metaetnografia és un mètode que requereix gran experiència en mètodes qualitius interpretatius. S'ha de tenir en compte que els valors i les interpretacions de l'autor influiran en la síntesi. Una manera d'examinar la validesa és enviar els resultats als autors de les fonts primàries, encara que s'ha de tenir en compte que una interpretació diferent no invalida automàticament la validesa de la perspectiva, ja que es poden tenir diferents experiències del mateix fenomen que poden ser interpretades com a fenòmens diferents (Pope *et al.*, 2007).

En el següent exemple de síntesi de metaetnografia (Clarke, 2014), l'autor realitza una revisió de les evidències científiques amb la finalitat de generar un marc teòric explicatiu sobre la pràctica d'infermeria en la rehabilitació de l'ictus cerebral. Amb aquesta cerca d'estudis de metodologia qualitativa pretén categoritzar, conceptualitzar i avaluar les evidències sobre la pràctica d'infermeria en un pacient amb un ictus a causa que, segons argumenta l'autor, el rol especialitzat en aquest camp està poc definit i és relativament actual. Els termes de cerca combinaven paraules com *nursing i rehabilitation; nursing i stroke; stroke i nursing i rehabilitation*. Després d'aplicar els criteris d'inclusió i exclusió, 137 articles van ser aptes per ser revisats d'un total de 22.458 estudis, dels quals se'n van extreure i analitzar només els 16 estudis qualitius. La qualitat dels estudis va ser avaluada utilitzant una *checklist* de recerca qualitativa adaptada per l'Institut Nacional de Salut i Excel·lència Clínica (NICE) a partir del Programa d'Habilitats d'Avaluació Crítica (CASP). Posteriorment es va fer l'anàlisi de les dades (constructes de primer ordre) i la interpretació dels autors dels articles originals (constructes de segon ordre). Es van identificar un total de 134 interpretacions de segon ordre, per exemple, «les infermeres emfatitzen

la constant reducció de personal i temps per proveir una cura especialitzada de l'ictus»; «per a les infermeres, el concepte de “fer alguna cosa” suposava incloure activitats com avaluar pacients, remetre'ls als terapeutes i assistir-los perquè prenguessin més independència en el dia a dia»; i «per a les unitats d'ictus, les infermeres “fent alguna cosa” incloïa posar en ús habilitats específiques, com, per exemple, habilitats de comunicació o avaluar el reflex de deglució». Un total de 38 interpretacions de l'autor de l'estudi de revisió (interpretacions de tercer ordre) van ser revisades iterativament per l'autor i 3 revisors experimentats i va resultar en un acord de 6 interpretacions de tercer ordre, com per exemple, «els contextos de les unitats d'ictus poden dificultar o facilitar la pràctica de la rehabilitació a infermeria» i «l'educació i l'entrenament específics sobre l'ictus ha d'augmentar-se si les infermeres perceben que tenen un rol de rehabilitació». Els resultats de l'anàlisi i les interpretacions de tercer ordre van servir per crear un marc explicatiu amb forma de mapa conceptual amb la relació entre els conceptes propers. El marc teòric suggereix quines àrees de la pràctica, organització de serveis i gestió han de considerar si les infermeres han de desenvolupar una comprensió de les tècniques de rehabilitació i integrar-les a la pràctica. El marc identifica que potenciar la pràctica de rehabilitació en dany cerebral requerirà no només canvis en la pràctica d'infermeria sinó també en l'equip de treball sobre el dany cerebral i en l'educació i entrenament de tots els professionals que treballen en aquesta àrea.

1.3.3. Síntesi temàtica

La síntesi temàtica és un mètode que s'utilitza sovint per sistematitzar l'anàlisi de dades de fonts primàries qualitatives (Gough *et al.*, 2017). El seu factor principal és el caràcter interpretatiu dels resultats de les fonts primàries. Aquesta pretén la traducció/interpretació de conceptes transversals a diversos estudis mitjançant l'ús de la codificació línia per línia (*line-by-line*), l'organització de les temàtiques en temes descriptius, i la generació de temes analítics mitjançant l'aplicació d'un marc teòric de nivell superior (Gough *et al.*, 2017; Thomas i Harden, 2008). A continuació, resumim les tres fases descrites en Gough, *et al.* (2017).

1) Fase 1. Codificació línia per línia o codificació del text

Objectiu: Identificar els temes de manera descriptiva i molt propera a la informació dels estudis.

La codificació pretén associar tot el text rellevant amb un o més codis i, quan no hi hagi cap tema definit prèviament, crear un nou codi. Els codis són una frase curta que resumeix el contingut del text sense contingut d'anàlisi o abstracció. No obstant això, els temes són conceptes que han estat identificats en més d'un estudi, poden ser més refinats o contenir un nivell d'abstracció.

Un bon codi temàtic ha de definir les troballes de les fonts primàries i es caracteritza per:

- Tenir una etiqueta-nom.
- Una definició amb les característiques o aspectes que constitueixen el tema.
- Una descripció d'indicadors per saber quan ocorre el tema.
- Una descripció de qualificacions o exclusions per a la identificació del tema.
- Exemples positius i negatius per eliminar confusions possibles entre temes.

El procés suposa la interpretació dels revisors per determinar quines parts de text (codis) es relacionen amb temes específics o si és necessària la creació d'un nou tema.

2) Fase 2. Desenvolupar els temes descriptius

Objectiu: Organitzar els temes inicials en un marc teòric que els relaciona entre si per associar-los conceptualment.

Els judicis dels revisors juguen un rol important. En algunes revisions els temes descriptius ja poden respondre a la pregunta de revisió i es pot parar la tècnica en aquest punt.

3) Fase 3. Generar temes analítics

Objectiu: Respondre les preguntes de la revisió sobre la base dels temes descriptius.

En aquesta fase se sintetitza el contingut per oferir les noves conceptualitzacions i explicacions que suposa una interpretació de la lectura dels estudis.

A continuació aportem un exemple de revisió d'estudis qualitius en el qual s'utilitza la síntesi temàtica (Wray i Clarke, 2017). L'estudi fa una revisió sobre les necessitats a llarg termini en pacients amb dificultats de comunicació (afàsia, disàrtria, disàrtria i apràxia de la parla) degudes a un accident cerebrovascular. S'hi van incloure estudis que van utilitzar una metodologia qualitativa que es va centrar en les necessitats, opinions o experiències percebudes o expressades per les persones que han sofert accidents cerebrovasculars amb dificultats de comunicació en relació amb el comportament diari de la seva afecció després de l'alta hospitalària. Es van fer cerques a MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, The Cochrane Library, Bibliografia Internacional de Ciències Socials i AMED, i es van fer cerques en la literatura grisa (documents que no es difonen pels canals ordinaris de publicació comercial). Dos investigadors van avaluar la qualitat metodològica dels estudis de manera independent seguint el *checklist* de l'avaluació qualitativa de salut pública NICE. Es va fer una revisió de síntesi temàtica amb la intenció d'arribar a aprofundir més que no

pas un simple resum descriptiu en el qual s'agreguen informacions i, d'aquesta manera, generar una interpretació general de la literatura qualitativa existent. Un total de 32 estudis es van incloure a la síntesi temàtica després d'aplicar els criteris d'inclusió i exclusió a 12.416 documents oposats en la primera cerca. Els resultats es van combinar mitjançant síntesi temàtica en quatre fases:

- codificació de les porcions significatives de les dades (597 segments van ser codificats),
- distribució de les dades en categories descriptives,
- desenvolupament de temes descriptius i
- desenvolupament de temes analítics.

Els resultats de la síntesi revelen les dificultats actuals que poden experimentar les persones que han sofert accidents cerebrovasculars en acceptar la pèrdua de la comunicació i adaptar-se a la vida amb una dificultat de comunicació. Els següents quatre temes analítics principals van ser el resultat en relació amb les necessitats a llarg termini en pacients amb dificultats de comunicació degudes a un accident cerebrovascular:

- funció de la comunicació fora de casa,
- crear un rol significatiu,
- crear i mantenir una xarxa de suport i
- presa de control i avançar activament en la vida.

Els resultats de la síntesi revelen conclusions clíniques a partir de l'anàlisi dels temes analítics, com per exemple, que és necessari comprendre les seves experiències per garantir una intervenció adequada a les necessitats. Un altre aspecte que cal considerar és que s'han de tenir en compte els factors psicosocials en la rehabilitació, i finalment, recomanen realitzar intervencions d'autocontrol per fer funcionar la seva condició a llarg termini.

Segons Thomas i Harden (2008), conceptualment els temes analítics de les síntesis temàtiques són similars a les interpretacions de tercer ordre de les metaetnografies. La principal diferència rau en el seu propòsit:

- Els temes analítics (síntesi temàtica) són el resultat de fer una interpretació dels termes a partir de descripcions directes sempre partint d'un marc extern (la pregunta de revisió i subpreguntes). Són més apropiats quan s'aborda una pregunta de revisió específica i dins d'un marc teòric.
- Les interpretacions de tercer ordre (metaetnografia) són el resultat de la traducció dels estudis entre si en els propis termes dels autors. Són més apropiats quan s'explora un cos de literatura en si mateix, amb preguntes de revisió més àmplies o emergents i que pretenen generar un marc teòric.

2. Presa de decisions i implementació sobre la base de les evidències

La implementació de la PBE va lligada a un seguit de fases successives íntimament relacionades. El coneixement d'aquestes fases ens farà reflexionar sobre la situació real d'aplicació del procés per determinar cap a on s'han de dirigir els nostres esforços. D'altra banda, de la mateixa manera que s'assenyalava en el mòdul introductor, conèixer les barreres i els facilitadors per poder aplicar la PBE en el lloc de treball sembla un eix fonamental que aportarà una perspectiva de valor incalculable per aconseguir determinar l'èxit d'aquesta aplicació. Analitzar, per tant, aquestes fases, els factors, i destacar alguns dels models existents que faciliten la implementació de la PBE resulta fonamental per aconseguir que la implementació sigui realment efectiva.

2.1. Fases per implementar la PBE

Per ser conscients de l'esforç que suposa implementar canvis en la pràctica clínica habitual, hem d'acceptar que estem en un context dinàmic i constantment canviant, que necessitarà unes condicions específiques d'adaptabilitat per aconseguir implementar els resultats de la recerca.

Les Guies de Pràctica Clínica (GPC) són un conjunt de recomanacions basades en una revisió sistemàtica de l'evidència i en l'avaluació dels riscos i beneficis de les diferents alternatives, amb l'objectiu d'optimitzar l'atenció sanitària als pacients (*Clinical Practice Guidelines We Can Trust*, 2011). A més, el Comitè Científic de Guia de Salut i el Consell Executiu exposen que aquestes GPC són necessàries per ordenar, avaluar i graduar el coneixement disponible i amb això disminuir la variabilitat en la pràctica deguda a la incertesa. Són potencialment útils per facilitar la presa de decisions clíniques de qualitat als professionals sanitaris, per millorar els resultats de salut, la informació i la capacitat d'elecció per als pacients i per millorar l'eficiència global dels sistemes sanitaris. Així mateix, contribueixen a millorar la qualitat de l'atenció sanitària prestada als pacients.

D'altra banda, hi ha estudis realitzats després de la implantació de GPC que posen en relleu un seguit d'elements relacionats que fan que l'èxit de la implantació d'una pràctica en l'àmbit de salut augmenti. Aquests elements són perfectament aplicables a la implementació de resultats de recerca per mitjà de la PBE. Els elements clau per a la implantació de pràctiques clíniques basades en evidències segons Orts Cortés (2015) són:

- Utilitzar un procés sistematitzat per identificar l'evidència.
- Identificar els col·laboradors apropiats i compromesos.

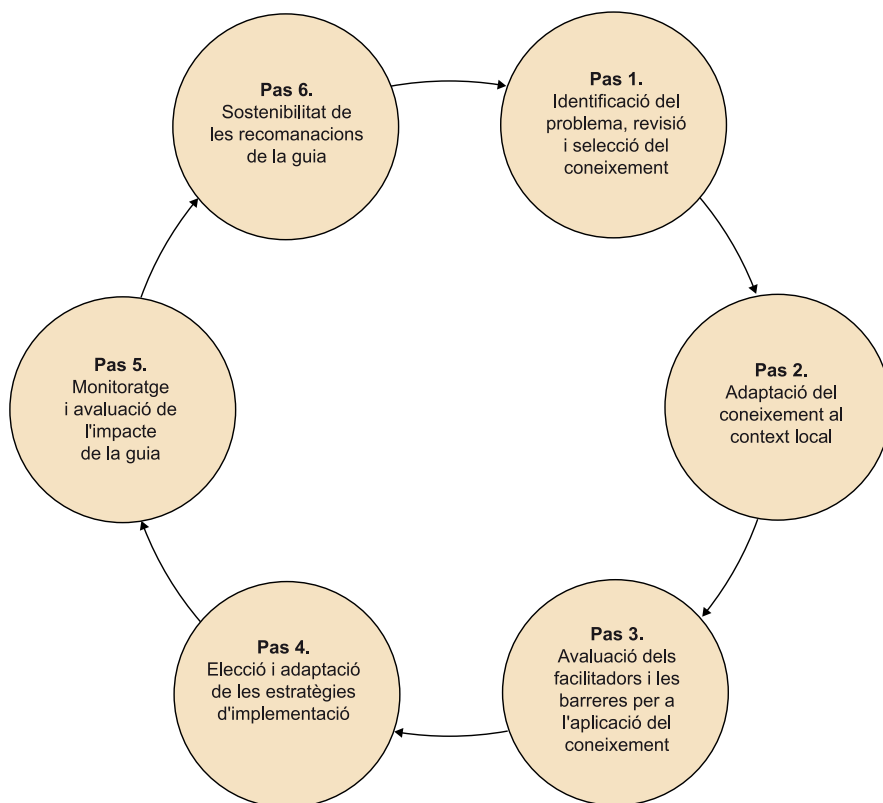
Vegeu també

A l'apartat següent es tracten amb detall les guies clíniques en salut.

- Realitzar una avaluació de la preparació del context per implementar els resultats.
- Utilitzar estratègies d'implantació basades en l'evidència.
- Planificar i realitzar una avaluació de la implantació.
- Considerar de manera adequada les implicacions que comporta el desenvolupament d'aquestes activitats.

La implantació de les GPC s'organitza en diferents fases segons Orts Cortés (2015). En la lectura original, aquests sis passos es presenten com un model lineal d'implantació, mentre que, al nostre entendre, i respectant les característiques de la PBE, s'hauria d'oferir per a l'aplicabilitat en aquest paradigma, com un model circular que s'autorretroalimenta de manera contínua. Aquests passos es troben en la figura 2.

Figura 2. Passos de la implementació pràctica de la PBE



Font: adaptat d'Orts Cortés (2015).

2.2. Context d'aplicabilitat de l'evidència oposada i factors que cal tenir en compte

Generalment, cal considerar que l'evidència ha estat creada en contextos diferents al nostre, en el qual pretenem implementar-la. En realitzar una anàlisi del context d'aplicabilitat de l'evidència, no ens serveix focalitzar l'esforç en el context de la nostra consulta, espai únic en el qual m'emmarco solament jo. Cal realitzar l'esforç i ser capaços d'abstreure aquesta mira a tots els plans implicats, és a dir, des de la política de salut del Govern central fins a les mires autonòmiques, regionals i locals; considerar les influències més específiques

derivades de l'organització; i fins i tot, tenir en compte les influències dels professionals concrets entre els quals es determinarà la implementació (Orts Cortés, 2015).

En la taula 1 hem recollit les característiques d'un context receptiu al canvi segons diversos autors (Dopson, FitzGerald, Ferlie, Gabbay, i Locock, 2002; Ramos Morcillo, Ruzafa Martínez, Mena Tudela i Orts Cortés, 2014):

Taula 1. Característiques d'un context receptiu al canvi

Existència de bones relacions prèvies entre professionals i gestors. També entre diferents grups professionals
Suport polític i de la gestió sostingut
Cultura organitzativa local de suport. Ha d'haver-hi recursos humans i materials suficients
Relacions eficaces i de qualitat entre els grups locals i dins d'aquests grups
Accés a la informació i idees en el context local. Flux d'idees adequat
Capacitat d'introduir canvis organitzacionals que fomentin intercanvis entre els grups

Font: Orts Cortés (2015).

Hi ha altres factors que la literatura posa en relleu i que són necessaris tenir en compte a l'hora d'analitzar el context en el qual implementar la PBE. La taula 2 descriu els factors que cal tenir en compte en el context.

Taula 2. Factors que cal tenir en compte en el context

Sobre l'organització (Dobbins <i>et al.</i> , 2002)	Sobre els professionals (Logan i Graham, 1998)			
	Factors estructurals	Factors socials	Factors relacionats amb el pacient	Factors individuals (Squires <i>et al.</i> , 2011)
Grandària de l'organització, complexitat, disponibilitat de recursos, cultura, canals de comunicació, procés de presa de decisions	Estructura per a la presa de decisions, la càrrega de treball i els recursos disponibles	Polítiques i les persones implicades, la cultura i creences existents	Voluntat o habilitat del pacient per complir amb les recomanacions basades en l'evidència	Educació en recerca, regularitat en la lectura de revistes, assistència a conferències, participació en cursos de recerca, grau acadèmic, rol actual, satisfacció amb la feina

A part de tenir en compte els factors per implementar la PBE en un context clínic determinat, cal ser conscient d'una dada més, i és que no tots els aspectes d'aquest context tenen el mateix pes o la mateixa rellevància a l'hora de produir-se el canvi. Així, hi ha autors que determinen que entre un 80% i un 90% de la variància de la utilització de la recerca correspon als factors organit-

zacionals, mentre que un 5-10% corresponien als factors ambientals i només entre l'1 i el 3% de l'ús de la recerca corresponien a factors individuals dels professionals sanitaris (Royle i Blythe, 1998).

En relació amb els factors organitzacionals, estructurals i socials, és necessari que hi hagi implicacions polítiques i estructurals que hi intervinguin, a més de la implicació individual o col·lectiva per fer pràctiques basades en evidències dels professionals d'atenció directa. Cal ressenyar la importància de les figures de la gerència per estructurar i donar motiu per fer aquests canvis, necessaris per dur a terme la implementació dels resultats de recerca a la pràctica clínica diària. L'anàlisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, és a dir, fortaleeses, febleses, oportunitats i amenaces) serveix d'eina per aprofundir en cadascun dels punts que pot influir en l'èxit de l'establiment de la implementació d'una evidència científica en la pràctica clínica (veure taula 3) (McCluskey i Cusick, 2002).

Taula 3. Anàlisi SWOT relacionat amb la introducció de la pràctica basada en l'evidència

Fortaleeses	<ul style="list-style-type: none"> • L'organització compta amb bones instal·lacions bibliotecàries i suport bibliotecari. • Hi ha personal nou que està familiaritzat amb les bases de dades. • Hi ha personal format en recerca, o bé en procés de formació. • Hi ha estudiants disponibles per ajudar a buscar i criticar la literatura.
Febleses	<ul style="list-style-type: none"> • La majoria del personal dedica molt poc temps a la revisió de la literatura o a activitats relacionades amb la recerca. • Falta d'habilitats.
Oportunitats	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitació que actualment ofereix el Departament de Salut als professionals en habilitats de cerca de literatura. • La gestió hospitalària indica que el futur finançament departamental pot estar basada en l'evidència de l'eficàcia clínica; per tant, hi ha una oportunitat per ser proactiu.
Amenaces	<ul style="list-style-type: none"> • Congelació prevista del personal: és possible que hi hagi menys personal disponible per cobrir els serveis existents. • Organitzacions grans. • Alguns membres del personal han invertit molt en intervencions particulars. • Percepció que la recerca està separada de la pràctica clínica, i que és una cosa que ha de dur-se a terme a les universitats. • El canvi proposat és incompatible amb les creences i pràctiques laborals actuals. • Tendència a tornar a pràctiques i patrons anteriors sense motivació i recordatoris constants. • Dificultat per mantenir el canvi o transferir l'entusiasme al nou personal: es necessita orientació per al nou personal i capacitació contínua. • Dependència de l'hàbit i de les preferències dels pacients; patrons de comportament. • Es pot exigir al Departament que posi fi a les intervencions que els consumidors o altres professionals de la salut esperen. • La pràctica privada pot perdre clients si no ofereixen els tractaments que els clients esperen.

Font: McCluskey i Cusick (2002).

Aquestes figures de gerència poden fer canvis profunds i ser proactius en (McCluskey i Cusick, 2002):

- servir de model per al personal de la seva organització, mitjançant l'aprenentatge, la promoció i l'ús de l'evidència;
- encoratjar i recolzar el personal perquè demostrï un alt grau d'interès en la pràctica basada en l'evidència;
- identificar i discutir els valors que hi ha dins de la seva organització;
- determinar els obstacles cap a l'aplicació de la pràctica basada en l'evidència, i elaborar estratègies per superar-los;
- realitzar una anàlisi SWOT complet amb el personal, i
- examinar detingudament i complir els objectius de les necessitats de desenvolupament professional permanent del personal.

Finalment, cal afegir que s'han de tenir en compte les polítiques d'intervenció, aspectes ètics i qüestions econòmiques que poden influir en la presa de decisions particulars en cada context d'intervenció (Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell i Norbury, 2019).

2.3. El pacient com a subjecte de canvi i aplicabilitat de la pràctica basada en l'evidència

Quant als factors relacionats amb el pacient, actualment cal tenir en compte un moviment que s'està produint en relació amb la ràpida evolució de les tecnologies i l'adaptabilitat de les persones a aquest desenvolupament tecnològic, que pot suposar una autèntica revolució tecnocultural (Ferguson i Frydman, 2004).

Es tracta dels *e-patients* o pacients experts. Aquest terme va ser encunyat per Tom Ferguson, qui descriu aquest tipus de pacients amb les 4 «E» (*Equiped, Engaged, Empowered and Enabled*), és a dir:

- preparats
- compromesos
- empoderats
- capacitats

Així, es defineix el pacient expert com un pacient proactiu, amb bons coneixements sobre les tecnologies, implicat en el manteniment de la seva salut i interessat a contribuir no només al tractament i la recerca sobre determinades condicions de salut, sinó també a millorar el sistema d'atenció sanitària. Sobre aquest tipus de pacients és sobre els que el doctor Tom Ferguson adverteix que «es necessita alguna cosa semblant a una actualització important del sistema en el nostre pensament, un nou sistema operatiu cultural per a la cura de la salut, en el qual els e-pacients puguin ser reconeguts com un nou i valuós tipus

de recurs renovable» (Ferguson i Frydman, 2004). Ferguson expressa que ha après, per mitjà de la seva pròpia experiència i la seva observació de pacient expert, que els pacients desitgen saber, volen conèixer què i com els passa, i les possibles solucions. A més, els pacients són capaços d'entendre i acceptar tot el que el professional sanitari sap sobre la seva malaltia i sobre els seus tractaments (Hoch i Ferguson, 2005). Normalment, quan oferim informació als nostres pacients, aportem un subconjunt limitat d'informació sobre tot allò que sabem, fet que Ferguson destaca com un error, atès que la franquesa de la situació tractada amb el pacient i l'ús del propi del pacient com a recurs fan que la situació millori i que la relació professional sanitari-pacient s'enforteixi. Per descomptat, una altra de les grandeses que ressenya és que un grup de pacients, de persones, és molt més complet i, en ocasions, molt més intel·ligent que un sol professional sanitari (Hoch i Ferguson, 2005). El cas 2 «La consulta del pacient» exemplifica la implementació de la PBE arran de la consulta d'un pacient.

Cas 2. La consulta del pacient

Un pacient comenta a la consulta que ha llegit a internet informació sobre una intervenció relacionada amb les necessitats que presenta el seu cas. Li agradaria saber si seria interessant fer aquest tractament, ja que segons la informació s'han demostrat millores. La informació inclou alguns arguments sòlids que semblen explicar les millores i indiquen que ho recomanen 9 de cada 10 metges. No obstant això, solament s'aporta una referència d'evidència científica que defensa la necessitat d'intervenir l'àrea objecte d'intervenció del tractament en aquesta patologia, però no aporta evidència directament relacionada sobre l'eficàcia del tractament. La resta d'informació que dona suport a l'ús del tractament es basa en arguments de l'autoritat, és a dir, exposen que una persona de renom diu que ha obtingut bons resultats en aplicar-lo.

Les consultes de pacients o les situacions del dia a dia poden originar la necessitat de consultar les millors evidències disponibles amb la finalitat de prendre una decisió informada. Reconèixer aquesta necessitat de coneixement i informar-se amb les millors evidències disponibles és un primer acostament a la PBE.

Cal tenir en compte un últim punt que pot resumir-se en aquesta frase: *Whether healthcare professionals acknowledge us or not, e-patients are already here* (amb el reconeixement o no dels professionals de la salut, els e-pacients hem vingut per quedar-nos); així que, tant si volem com si no volem, tant si ens agrada com si no, els e-pacients han vingut per quedar-se (Riggare, 2018). Aquesta autora aporta, a més, una declaració d'intencions dels e-pacients sobre la ciència i el que esperen d'una relació amb un professional sanitari, ressaltant que els e-pacients exploten les fantàstiques possibilitats d'internet, però van amb compte de no córrer riscos innecessaris. Reconeixen i respecten els principis científics, raó per la qual molts dels e-pacients dediquen molt temps i energia a aprendre tot el que poden sobre el sistema de salut. Així, aquesta autora llança una última pregunta per a la reflexió: Vol ser un obstacle o un facilitador per als seus pacients?

D'aquesta manera, recolzar-se i guiar-se per pacients a l'hora d'establir un punt d'escolta més, d'aprenentatge i d'inflexió més a l'hora d'implementar la pràctica basada en l'evidència es fa necessari. Finalment, recordem que la PBE supo-

sa tenir en compte el coneixement i experiència clínica per prendre decisions sobre la cura de cada pacient, tenint en compte els valors d'un «pacient informat» sobre les millors evidències oposades mitjançant cerques sistemàtiques.

2.4. Marcs teòrics d'implantació de la pràctica basada en l'evidència

És inherent a la realitat, tant en l'àmbit acadèmic com en l'assistencial, que es necessita un procediment, és a dir, una metodologia per aconseguir implantar els resultats provinents de la recerca i que aquests es quedin establerts en la pràctica diària amb la finalitat de millorar la pràctica acadèmica i clínica. Aquests procediments que s'assenyalen es denominen «marcs teòrics d'implantació de la pràctica basada en l'evidència» i tot i que hi ha altres models, en aquest apartat s'exposaran breument alguns dels models més emprats en l'àmbit internacional de l'àmbit de la salut (Schaffer, Sandau, i Diedrick, 2013).

2.4.1. Stetler Model

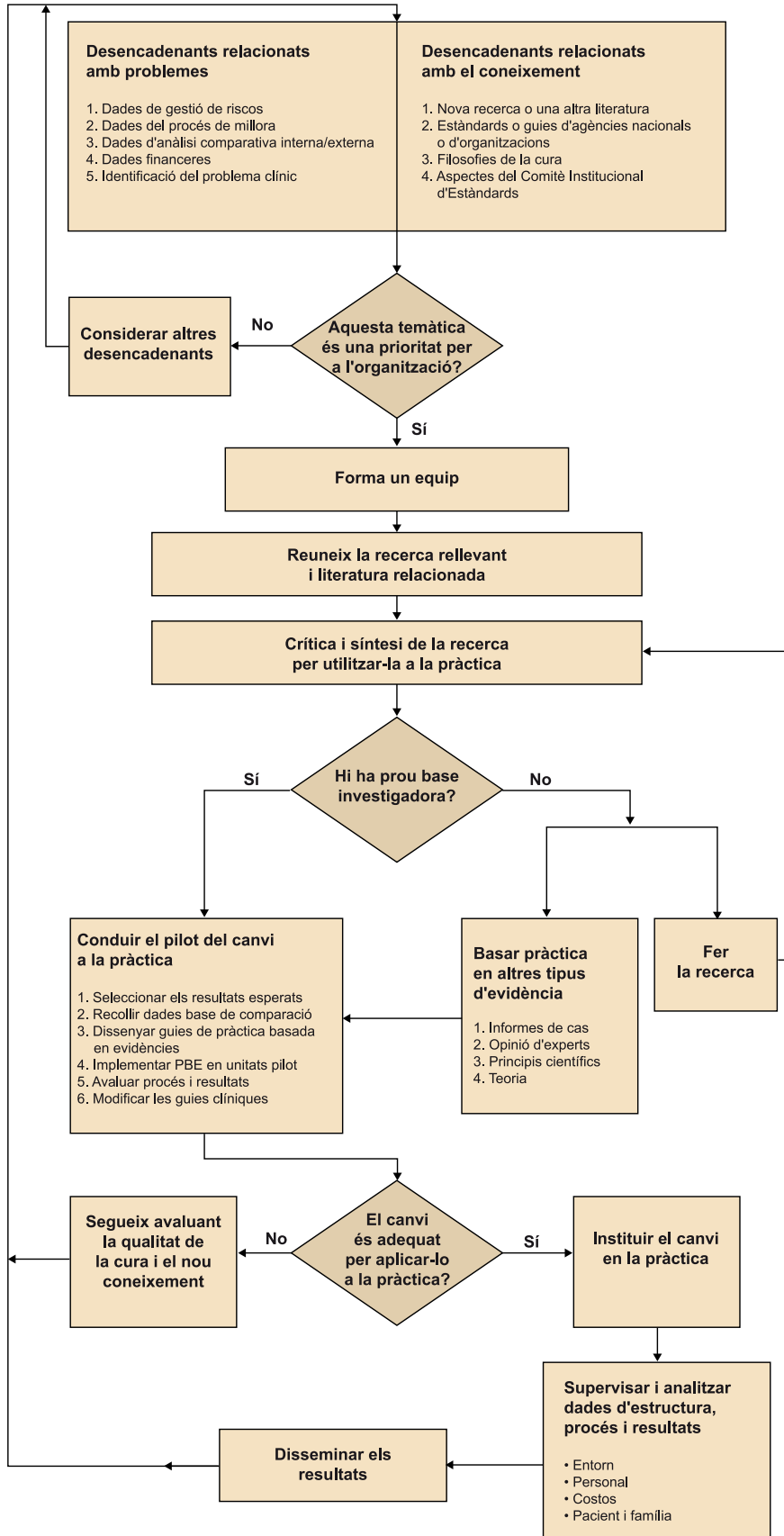
L'Stetler Model originalment es va crear com a model per donar suport a la utilització de la recerca. Se centra en una sèrie d'activitats de judici sobre la idoneïtat, la conveniència, la viabilitat i la forma d'utilització dels resultats de recerca a la pràctica, tant individual com en grup (Stetler, 2001). Les fases que cal seguir en aquest model serien les següents (Stetler, 2001):

- **Fase I.** Preparació: propòsit, context i fonts d'evidència de la recerca.
- **Fase II.** Validació: credibilitat de les troballes i avaluació de l'evidència obtinguda.
- **Fase III.** Avaluació comparativa/presa de decisions: síntesi dels resultats obtinguts i recomanacions per a l'aplicació.
- **Fase IV.** Translació/aplicació: definir de manera operativa l'ús dels resultats, proposar accions per al canvi.
- **Fase V.** Avaluació: l'avaluació es durà a terme tant en termes de resultats previstos com en cost-benefici.

2.4.2. Model Iowa

El model Iowa s'ha utilitzat en molts estudis per aplicar la seva metodologia en la cerca i la implementació de l'evidència oposada. Segons alguns autors, aquest model ofereix un camí en l'aplicació de la recerca pràctica (Doody i Doody, 2011). El model aporta un arbre de decisions en funció d'uns punts d'inflexió sobre les accions que caldrà prendre durant el procés de la PBE.

Figura 3. Arbre de decisions del model Iowa



Font: Doody i Doody (2011).

2.4.3. *The Advancing Research i Clinical Practice through Close Collaboration Model (ARCC model)*

El model ARCC va ser conceptualitzat com a marc teòric per ajudar les infermeres en l'aplicació de pràctica basada en l'evidència per mitjà de mentors. Aquest model inclou el rol d'un mentor en PBE en l'àmbit clínic. S'entén com a mentor un professional de la salut experimentat amb un coneixement profund de la PBE, amb coneixements teòrics i pràctics de la clínica, amb habilitats per tutoritzar en PBE i que faciliti la millora de la cura del pacient i els seus resultats de salut implementant la PBE (Melnik i Fineout-Overholt, 2002; Wallen *et al.*, 2010).

2.4.4. L'ACE Star Model

El model ACE Star organitza els antics i els nous conceptes de millora de l'atenció en el seu conjunt i proporciona un marc organitzacional dels processos i els enfocaments de la PBE. Per Stevens, la transformació del coneixement es produeix quan les evidències propicien una modificació en els resultats de salut en la cura del pacient. Aquest model pren el nom de *Star* (Stevens, 2004; Wallen *et al.*, 2010) perquè cadascuna de les puntes de l'estel d'aquest model abraça:

- La cerca de la recerca.
- El resum de l'evidència.
- La transformació a la pràctica de les recomanacions donades per l'evidència.
- La integració en la pràctica.
- L'avaluació dels resultats.

2.4.5. Un model per a l'aplicació pràctica: DiCenso, Cullum, Ciliska i Guyatt EBP Model

Aquestes autores no presenten un model tal com es concep, però sí és cert que en el seu llibre aporten un seguit de conceptes erronis que es cometent comunament durant la fase d'implementació de la PBE. Coneixent aquests conceptes erronis, *misconceptions* en el terme en anglès, es pot delimitar la forma d'implementació de la PBE, per tant, es pot reflexionar sobre aquests conceptes. Aquests quatre errors els defineixen com (DiCenso, Guyatt i Ciliska, 2005):

- 1) La PBE no té en compte les preferències i els valors del pacient.
- 2) La PBE és atèrica.
- 3) La PBE només es nodreix amb recerca quantitativa.

4) La PBE posa massa atenció en els assajos controlats aleatoris ni en les revisions sistemàtiques.

Els termes *valors i preferències* del pacient van dirigits a com d'involucrats haurien d'estar els pacients, juntament amb els metges, a l'hora de prendre decisions de gestió. D'aquesta manera, aquestes decisions haurien de ser totalment informades, amb una ponderació profunda per part del pacient, dels beneficis i els riscos que provoca prendre certes decisions. Pel que fa al punt que diu que la PBE és atèdrica, les autores defensen els quatre patrons de coneixements definits per Carper l'any 1978, que les autores enllacen amb cadascuna de les parts que ha de posseir un model de PBE per prendre decisions clíniques. Quant al tercer error, és a dir, que la PBE solament es nodreix de recerca quantitativa, defensen que la tensió entre la recerca quantitativa i qualitativa està desapareixent, fent palès que tots dos mètodes són crucials per a l'avanç de les disciplines de l'àrea de la salut. Finalment, s'exposa que sempre que sigui possible, han d'emprar-se les revisions sistemàtiques, a causa de la robustesa metodològica que posseeixen (DiCenso *et al.*, 2005).

Aquesta proposta tal vegada sigui una de les més aplicables a la pràctica clínica, atès que aporta uns punts d'inflexió que aboquen a la reflexió de qui desitja aplicar els resultats de la recerca a la pràctica assistencial i permeten traçar una estratègia tenint en compte els recursos disponibles.

La presa de decisions basades en aquest model depèn dels següents factors: l'estat clínic del pacient, l'entorn i les circumstàncies en què es troba immers (*clinical state, setting and circumstances*); les preferències del pacient (*patient preferences and actions*); els resultats de l'evidència disponibles (*research evidence*); els recursos sanitaris als quals es pugui accedir (*health care resources*) i l'expertesa clínica del professional que implementarà el canvi (*clinical expertise*). Tots i cadascun d'aquests conceptes han estat tractats als apartats anteriors.

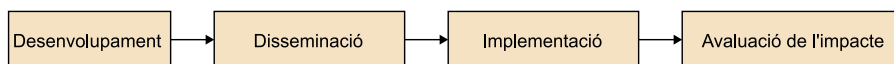
3. Les guies clíniques en salut

En l'apartat anterior ja s'ha introduït que el producte per excel·lència per a la implementació de l'evidència científica en la clínica són les guies clíniques. Segons l'Institut de Medicina nord-americana les guies clíniques són declaracions desenvolupades sistemàticament sobre problemes de salut específics, destinades als professionals de la salut i als pacients per prendre decisions sobre l'atenció mèdica adequada (Field i Lohr, 1992). Aquestes afirmacions informades sobre un tema de la salut proporcionen informació sobre els beneficis, desavantatges i riscos de diferents intervencions disponibles en l'assistència sanitària, així com de les diferents alternatives, amb l'objectiu d'optimitzar l'atenció sanitària dels pacients (Sanabria, Rigau, Rotaeche, Selva, Marzo-Castillejo i Alonso-Coello, 2015). Encara que la implementació de la guia clínica pugui ser duta a terme pel professional sanitari, el mateix pacient o altres actors interessats (*stakeholders*), com per exemple, polítics, equip de gestió, organitzacions o consumidors, l'objectiu final és l'atenció del pacient. A vegades, les guies clíniques poden anar acompanyades, a més, per un posicionament de l'organisme o grup que l'elabora amb la finalitat d'influir en diferents actors relacionats. Segons Sanabria *et al.* (2015) l'èxit de la guia clínica depèn del rigor en la seva elaboració, i també de les estratègies de disseminació, implantació i actualització. A continuació, mostrem alguns dels aspectes principals en l'elaboració de guies clíniques amb qualitat.

3.1. Com fer una guia clínica

El cicle de vida d'una guia de pràctica clínica, segons Shekelle *et al.* (1999), preveu quatre fases, que inclouen el desenvolupament, la disseminació, la implementació i l'avaluació de l'impacte. La creació d'una guia clínica inclou la previsió de les accions i instruments de disseminació de les recomanacions, i també la implementació en contextos clínics específics, ja que té l'objectiu de tenir un impacte en les pràctiques clíniques. El desenvolupament de la guia clínica i la qualitat que tingui està íntimament lligat a les preguntes clíniques que es posin en qüestió.

Figura 4. Cicle de vida de la guia de pràctica clínica



Font: adaptat de Shekelle *et al.* (1999).

La guia clínica sol ser un document on es detalla tota la informació necessària per aportar transparència al procés de desenvolupament, però que també és rica en quadres resum que tenen la finalitat de sintetitzar la informació. Un

recurs utilitzat amb freqüència consisteix a concentrar les recomanacions finals de la guia en una única secció, juntament amb la descripció detallada de l'anàlisi feta per arribar a aquestes recomanacions.

La guia clínica per a la manipulació de pacients amb la malaltia de Parkinson (2014) és un bon exemple de transparència i síntesi, ja que agrupa les recomanacions de tractament sanitari. A més, aporta informació detallada sobre la relació de cada recomanació amb la seva pregunta clínica, incloent-hi una breu descripció sobre l'estat de la qüestió, una breu descripció de les referències que han estat valorades, la relació que tenen amb la codificació de qualitat de cada estudi i el resum final de les evidències en format redactat i en una taula. Aquesta guia analitza un total de 16 preguntes clíniques sobre el tractament multidisciplinari de la malaltia de Parkinson, que malgrat estendre's a 160 pàgines (incloent-hi les referències), permet la localització àgil de les informacions i recomanacions derivades de cada pregunta.

Lectura recomanada

Working group of the Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Parkinson's Disease (2014). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Parkinson's Disease*. Madrid: Ministry of Health, Social Services, and Equality. Institute of Health Sciences of Aragon.

Un altre bon exemple de guia clínica amb un enfocament multidisciplinari en el camp de la salut és la guia de pràctica clínica sobre el tinnitus (Tunkel *et al.*, 2014). La guia defineix tres àrees d'interès del tinnitus (avaluació, intervenció i educació) sobre les quals genera diferents preguntes clíniques de les quals es deriven diferents accions que cal seguir. Aquestes al seu torn són relacionades amb una descripció de les evidències de suport i la seva qualitat. A més, aquesta guia compta amb nombroses taules resum, i amb recursos gràfics com fluxogrames i esquemes per il·lustrar les recomanacions.

3.2. L'avaluació de la qualitat de les evidències

L'avaluació de la qualitat de les evidències entorn d'una pregunta clínica és un dels aspectes fonamentals de les guies clíniques. La metodologia GRADE s'utilitza freqüentment en les guies clíniques per avaluar la qualitat de les evidències i per formular recomanacions de la pràctica clínica. El seu ús suposa la classificació de la literatura segons graus de confiança, és a dir, identificar l'efecte que té la intervenció en la temàtica triada. Del plantejament de la pregunta clínica en deriven uns resultats d'interès, a més de la població i la intervenció que cal avaluar. Aquesta estratègia de formulació de preguntes es coneix amb l'acrònim PICO (pacient/intervenció/comparació/desenllaç; en anglès: *Patient, Intervention, Comparison, Outcome*). Aquesta metodologia estableix una classificació de quatre categories de la qualitat de l'evidència (qualitat alta, moderada, baixa i molt baixa), que reflecteixen el gradient de confiança en els resultats. Es consideren els assajos clínics aleatoritzats com a qualitat alta i els estudis observacionals com a qualitat baixa. Segons Sanabria, Rigau, Rotaeche, Selva, Marzo-Castillejo i Alonso-Coello (2015) aquesta valoració té

Lectura recomanada

D. E. Tunkel, C. A. Bauer, G. H. Sun *et al.* (2014). Clinical practice guideline: tinnitus. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 151(2 suppl), S1-S40.

Vegeu també

L'avaluació de la qualitat de l'evidència es tracta en el mòdul «Avaluació de la qualitat de l'evidència».

Vegeu també

El tema de la definició de la pregunta clínica es tracta en mòdul «Definició de la pregunta clínica i la cerca d'evidència».

en compte les limitacions potencials dels estudis, les limitacions en el disseny i l'execució (risc de biaix), els resultats inconsistents, els resultats imprecisos, l'absència d'evidència directa i el biaix de publicació. En el mòdul 4, sobre avaluació de la qualitat de l'evidència, s'inclou informació sobre l'avaluació d'evidència quantitativa, però també la provinent d'estudis de metodologia qualitativa i mixta. En la primera secció d'aquest mòdul també s'inclou informació sobre la síntesi d'evidències qualitatives amb exemples de revisió de la qualitat dels estudis qualitius revisats.

3.3. L'avaluació de la qualitat de la guia

Quins són els aspectes que defineixen la qualitat d'una guia clínica? És a dir, quins factors determinen que la guia compleix el seu objectiu i pot assegurar-se que es tracta d'una elaboració rigorosa? S'han desenvolupat alguns sistemes per avaluar la qualitat de les guies clíniques que poden ajudar per determinar l'aplicació de la guia. Una de les eines més prominents és AGREE II framework¹. Segons Peñaloza (2014), la iniciativa del Grup Col·laboratiu AGREE (*Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe*) per avaluar la qualitat del procés de desenvolupament d'una guia de pràctica clínica ha permès disposar d'un instrument que avalua la qualitat d'aquest procés.

⁽¹⁾Grup Col·laboratiu AGREE. *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument* (2001, setembre): www.agreerust.org

AGREE avalua la qualitat de la guia entorn de sis dominis:

1) Àmbit i objectiu de la guia. Indica l'objectiu, les preguntes clíniques i descriu la població objecte. També s'ha de tenir en compte en la correspondència de la pregunta clínica amb els components apartats de la guia (selecció d'estudis, extracció de resultats o recomanacions, entre d'altres).

2) Participació dels grups d'interès. La participació dels grups d'interès té en compte la descripció del grup de desenvolupament de la guia (disciplina, experiència), i també la involucració dels pacients. A més, es valora positivament que s'hagi fet alguna prova pilot abans de publicar-la.

3) Rigor en el desenvolupament. El rigor en el desenvolupament està relacionat amb els aspectes esmentats prèviament sobre l'estratègia de cerca, els criteris d'inclusió i exclusió de les evidències i com s'han formulat les recomanacions. En les recomanacions es valora si estan connectades amb les evidències i si se'n valoren els beneficis, els efectes secundaris i els riscos.

4) Claredat i presentació. Les recomanacions són específiques i apropiades per a les diferents opcions de la cura del pacient. Les informacions clau són fàcils de localitzar i s'aporten recursos de resum adaptats a diferents públics, per exemple, als pacients.

5) Aplicabilitat. L'aplicabilitat fa referència a la discussió sobre l'aplicació de les recomanacions en relació amb els canvis organitzacionals necessaris i als costos. Així mateix, valoren si es tenen en compte uns criteris per monitorar l'ús de les guies.

6) Independència editorial del grup que elabora la guia. També s'ha de tenir en compte qui ha escrit i publicat la guia, per exemple, institucions governamentals, institucions acadèmiques, col·laboradors interdisciplinaris o proveïdors. Encara que la font no té per què ser un criteri de credibilitat, les recomanacions poden veure's afectades per la perspectiva de l'autoria. Es valora positivament que els membres del grup de la guia facin una declaració de possibles conflictes d'interès.

La divulgació de les guies clíniques, segons Petticrew i Roberts (2006), perquè sigui efectiva ha de formar part de la implementació des del començament. Els autors proposen fer un pla de desenvolupament i influència de les polítiques des de les primeres etapes de planificació, en col·laboració amb professionals d'acció directa, investigadors i els mateixos usuaris. La Xarxa Internacional de Guies (*International Guidelines Network*) és una comunitat que pretén millorar la qualitat de l'atenció sanitària promocionant el desenvolupament sistemàtic de guies, i també l'aplicació que tenen a la pràctica mitjançant la col·laboració internacional. Alguns dels recursos més interessants del seu web són la biblioteca de guies o la secció d'eines útils per al desenvolupament i la implementació de guies (*International Guidelines Network*). Vegeu també els recursos de la Biblioteca de Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut.

3.4. L'adaptació de guies

Per beneficiar-se de les guies ja existents, s'ha desenvolupat un mètode d'adaptació de guies clíniques. ADAPTE² és un mètode sistemàtic per adaptar les guies a un altre context cultural i organitzacional.

⁽²⁾The ADAPTE Collaboration (2009). *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation* (versió 2.0).

4. Avaluació i recerca en PBE

En el camp de la salut és especialment rellevant fer un mostratge o recollida d'evidències per conèixer l'estat de salut del pacient i fer un seguiment de l'acció del tractament. L'avaluació del progrés del pacient, per tant, és una part intrínseca de la competència del professional sanitari. De la mateixa manera, l'avaluació forma part de la implementació de la PBE. A continuació, analitzarem les diferències en la conceptualització de l'avaluació segons diferents autors, i les seves implicacions en l'acció clínica basada en evidències.

Hi ha models de la PBE que no inclouen l'avaluació dels resultats com a fase diferenciada, ja que consideren que l'avaluació del canvi i de la millora de la intervenció és un aspecte integral de la bona pràctica professional. Drisko i Grady (2012) argumenten que les opcions de registre de dades (quantitatives o qualitatives) en contextos clínics es limiten a dissenys de cas únic, i és molt difícil fer dissenys més complexos (amb un gran nombre de participants, en els quals es defineix detalladament el problema, l'assignació aleatòria o el control/comparació de grups). Per aquest motiu, recomanen que s'inclouï l'avaluació del progrés de cada client com a part del tractament d'un bon professional, però no ho inclouen com a part del model de PBE. No obstant això, la gran majoria de models de la PBE inclouen l'avaluació com un aspecte rellevant al qual li proporcionen més o menys pes.

La presència de la recerca i la relació que té en el procés d'avaluació varia segons els diferents models. Alguns models de PBE, com el model Iowa, inclouen la recerca dins del procés de PBE. Vegeu el fluxograma de presa de decisions del model Iowa en la secció «marcs teòrics d'implantació de la PBE». Aquest model proposa que una vegada realitzada la síntesi d'informacions s'ha de decidir si hi ha suficient evidència. En cas positiu, proposa conduir un pilot del canvi en la pràctica clínica, que inclou accions com seleccionar els resultats esperats; recollir dades base de comparació; dissenyar guies de PBE; implementar PBE en unitats pilot; fer l'avaluació dels processos i els resultats, i modificar les guies clíniques. En cas de no haver-hi suficient evidència, els autors proposen que la pràctica es basi en altres tipus d'evidència (casos, opinió d'experts, principis científics o teories) o fer una recerca ja que no hi ha evidències suficients.

Altres perspectives consideren que la recerca és una part intrínseca de la PBE. Segons la declaració de posicionament respecte de la PBE de l'American Speech-Language-Hearing Association (2005), fer pràctica clínica basada en evidències, entre d'altres, inclou avaluar l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència dels protocols clínics de prevenció, tractament, i també supervisar i incorporar recerques noves i d'alta qualitat d'evidències que tinguï implicacions per a la pràctica clínica. En aquest sentit, a diferència de Drisko i Grady (2012), alguns autors veuen factible la implementació de recerca amb l'ús de dissenys experi-

mentals complexos aplicats al context clínic o educatiu (Ebbels, 2017). S'ha de tenir en compte que per fer una recerca aplicada en contextos clínics i educatius és necessari que aquesta recerca formi part dels objectius de la institució, que tingui una bona programació anticipada, professional amb coneixement en recerca i un equip motivat a participar en el procés de recerca. El cas 3 motiva una situació en la qual es fa una recerca clínica com a forma de PBE.

Cas 3. El desert és una font de fertilitat

Diuen que ja està tot inventat. No obstant això, després de fer cerques exhaustives d'evidències sobre un tema de la meua clínica, he arribat a la conclusió que no hi ha estudis que responguin a la meua pregunta. He trobat alguns estudis que s'aproximen a la temàtica però amb una altra població molt més investigada. Així mateix, he trobat estudis sobre aquest tema però des d'una perspectiva professional diferent de la meua. És cert que un estudi s'aproxima bastant al meu interès, però les tasques s'han aplicat en un context d'intervenció molt controlat, gairebé de laboratori, i en el meu context és necessari adaptar aquestes tasques. Em plantejo generar noves evidències sobre la base d'estudis previs, recollint altres evidències de tipus qualitatiu que es poden ajustar a les necessitats del meu context. Vaig a buscar les sinergies de la direcció del meu centre i a formar un equip de treball.

La implementació de les millors evidències disponibles, a vegades, no resulta possible. Pot donar-se el cas que una àrea de recerca sigui limitada i necessitem avançar el coneixement amb una nova pregunta de recerca per progressar en la pràctica clínica. Generar noves evidències en el context clínic és una altra forma de PBE.

Robey, Apel, Dollaghan, Ellmo, Hall, Helfer *et al.* (2004) reconeix que un dels reptes actuals és que la PBE sigui útil per als centres de treball actuals. Aquest autor afirma que una conseqüència de la PBE és l'expansió de literatura científica dirigida amb gran prioritat a resoldre preguntes clíniques, aspecte que té més impacte en la visibilitat de la comunitat. Aquest autor proposa que els nous diagnòstics i protocols d'intervenció siguin sistemàticament avaluats dins dels models de recerca clínica:

- Estudis exploratoris (fase I de la recerca).
- Estudis de viabilitat (fase II de la recerca).
- Assajos clínics (fase III de la recerca).
- Recerca de l'efectivitat (fase IV de la recerca).
- Recerca del cost-efectivitat i recerques sobre la satisfacció del client (fase V de la recerca).

Una mostra de la relació entre la recerca i la PBE és l'existència de revistes científiques que tenen l'objectiu de publicar estudis que tinguin impacte clínic, com *Implementation Science*, *Journal of Collaborative Healthcare and Translational Medicine* o *Public Health Research and Practice*.

En conclusió, el consens general és que qualsevol implementació de la PBE inclogui una recollida de mesures base anteriors a l'inici de la intervenció, que serveixi com a mesura de referència, seguida de mesures periòdiques de seguiment per supervisar el canvi (Doody i Doody, 2011; Maglione, Gans, Das, Timbie i Kasari, 2012). Aquest tipus de recollida d'evidències probablement

es correspongui amb els dissenys 1, 2 i 3 de la figura 1 sobre dissenys experimentals en estudis d'intervenció. Aquest tipus de dissenys poden presentar diferents problemes metodològics, com ara aspectes de desenvolupament de les habilitats del pacient, entre d'altres. El disseny experimental més senzill que compta amb un període de control dels aspectes de maduració és el disseny intrasubjectes (línia de base única) (vegeu la figura 1). Aquest disseny obté tres moments d'avaluació, amb almenys dos moments de mesura abans que comenci la intervenció, que es defineix com a període base. El període base permet obtenir informació sobre el tipus de progrés (control d'aspectes de maduració i història personal) dels participants abans de la intervenció. Aquest tipus de control experimental requereix planificació prèvia, ja que la durada ha de ser similar a la del període d'intervenció. La comparació entre les tres mesures haurà de ser similar si no hi ha efecte d'intervenció. No obstant això, hi haurà un efecte d'intervenció si es genera un canvi entre les mesures del període base i del període d'intervenció. Amplieu la informació sobre els diferents dissenys experimentals d'intervenció, el seu grau de control i les limitacions metodològiques pròpies de cadascun a Ebbels (2017).

Bibliografia

- Athanasidou, T. i Darzi, A. (Eds.). (2011). *Evidence synthesis in healthcare: a practical handbook for clinicians*. Londres: Springer Science i Business Media.
- Booth, A., Papaioannou, D., i Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. Los Angeles: Sage.
- Clarke, D. J. (2014). Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (9-10), 1201-26.
- DiCenso, A., Gordon Guyatt, M. D., i Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing. A guide to Clinical Practice*. Elsevier-Mosby.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J., i DiCenso, A. (2002). A framework for the dissemination and utilization of research for health care policy and practice. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 9 (1), 149-160.
- Doody, C. M. i Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice: Using the IOWA model. *British Journal of Nursing*, 20 (11), 661-664.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., i Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*.
- Drisko, J. W. i Grady, M. D. (2012). *Evidence-based practice in clinical social work*. Springer Science & Business Media.
- Ebbels, S. H. (2017). Intervention research: Appraising study designs, interpreting findings and creating research in clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19 (3), 218-231.
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., i Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 54 (1), 3-19.
- Ferguson, T. i Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients [en línia]. *BMJ*. <<https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>>.
- Field, M. J. i Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Gough, D., Oliver, S., i Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews*. Sage.
- Hoch, D. i Ferguson, T. (2005). *What I've Learned from E-Patients*. PLoS Medicine.
- Logan, J. i Graham, I. D. (1998). *Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use*. Science Communication.
- Maglione, M. A., Gans, D., Das, L., Timbie, J., i Kasari, C. (2012). Nonmedical interventions for children with ASD: Recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics*, 130 (Supp. 2), S169-S178.
- McCluskey, A. i Cusick, A. (2002). Strategies for introducing evidence-based practice and changing clinician behaviour: A manager's toolbox. *Australian Occupational Therapy Journal*.
- Melnik, B. i Fineout-Overholt, E. (2002). Putting research into practice. *Reflections on Nursing Leadership*, 28 (2), 22-25.
- Orts Cortés, M. I. (2015). *Práctica Basada en la Evidencia*. Barcelona: Elsevier. <<https://doi.org/10.1016/C2013-0-18794-6>>.
- Pantoja, T. i Soto, M. (2014). Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. *Revista Médica de Chile*, 142 (1), 98-104.
- Peñaloza, B. (2014). Critically appraised article: The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guidelines appraisal studies. *Revista Médica de Chile*, 142 (1), 105-108.
- Petticrew, M. i Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA / Oxford, UK, Victoria, Austràlia: Wiley-Blackwell.

Pope, C., Mays, N., i Popay, J. (2007). *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence: a Guide to Methods*. McGraw Hill.

Ramos Morcillo, A. J., Ruzafa Martínez, M., Mena Tudela, D., i Orts Cortés, M. I. (2015). Implantación de la evidencia científica. A M. I. Orts Cortés, *Práctica basada en la evidencia* (pp. 111-138). <<https://doi.org/10.1016/b978-84-9022-448-9.00006-5>>.

Riggare, S. (2018). E-patients hold key to the future of healthcare. *BMJ* (en línia).

Robey, R., Apel, K., Dollaghan, C., Ellmo, W., Hall, N., Helfer, T., et al. (2004). Report of the Joint Coordinating Committee on Evidence- Based Practice Report of the Joint Coordinating Committee on Evidence-Based Practice. *American Speech-Language Hearing Association*, 1-19.

Royle, J. i Blythe, J. (1998). *Promoting research utilisation in nursing: The role of the individual, organisation, and environment*. Evidence-Based Nursing.

Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaecche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., i Alonso-Coello, P. (2015). Sistema GRADE: Metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atencion Primaria*, 47 (1), 48-55.

Schaffer, M. A., Sandau, K. E., i Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*.

Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., i Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *BMJ*, 318 (7183), 593-596.

Sistema Nacional de Salud (2018). *GuíaSalud*. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud - Guías de Práctica Clínica. Recuperat de <<https://portal.guiasalud.es/>>.

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., i Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 1 (6), 1-20. <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-1>>.

Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49 (6), 272-279.

Stevens, K. (2004). *The ACE Star Model*. San Antonio, TX: The University of Texas Health Science Center at San Antonio.

The ADAPTE Collaboration (2009). *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation* [en línia]. Versió 2.0. <<https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>>.

The AGREE Collaboration (2001, setembre). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. <www.agreetrust.org>.

Thomas, J. i Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45.

Tunkel, D. E., Bauer, C. A., Sun, G. H., Rosenfeld, R. M., Chandrasekhar, S. S., Cunningham Jr, E. R., ..., i Henry, J. A. (2014). Clinical practice guideline: tinnitus [en línia]. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 151 (2_suppl), S1-S40. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25273878>>.

Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J., i Hastings, C. (2010). Implementing evidence-based practice: Effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*.

Wisburn, B. i Mahoney, K. (2009). A meta-analysis of word-finding treatments for aphasia. *Aphasiology*, 23 (11), 1338-1352.

Working group of the Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Parkinson's Disease (2014). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Parkinson's Disease* [en línia]. Madrid: Ministry of Health, Social Services, and Equality. Institute of Health Sciences of Aragon. <<https://www.multiplechronicconditions.org/assets/pdf/Neurology%20Guidelines/AHRQ%202017%20Clinical%20Practice%20Guideline%20for%20the%20Management%20of%20Patients%20with%20Parkinson%27s%20Disease.pdf>>.

Wray, F. i Clarke, D. (2017). Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 7 (10), 1-18.

