
Implementación de la evidencia científica

PID_00263755

Alfonso Igualada Pérez
Desirée Mena Tudela

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



Alfonso Igualada Pérez

Universitat Oberta de Catalunya.

Desirée Mena Tudela

Universitat Jaume I.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Sergi Fàbregues (2019)

Primera edición: septiembre 2019
© Alfonso Igualada Pérez, Desirée Mena Tudela
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Síntesis de la evidencia científica para su uso en la práctica.	7
1.1. Cómo realizar una síntesis	8
1.2. Las tablas resumen	10
1.3. Tipos de síntesis	11
1.3.1. Metaanálisis	11
1.3.2. Metaetnografía	13
1.3.3. Síntesis temática	15
2. Toma de decisiones e implementación sobre la base de las evidencias.....	19
2.1. Fases para implementar la PBE	19
2.2. Contexto de aplicabilidad de la evidencia encontrada y factores que hay que tener en cuenta	20
2.3. El paciente como sujeto de cambio y aplicabilidad de la práctica basada en la evidencia	23
2.4. Marcos teóricos de implantación de la práctica basada en la evidencia	25
2.4.1. Stetler Model	25
2.4.2. Modelo Iowa	26
2.4.3. <i>The Advancing Research y Clinical Practice through Close Collaboration Model (ARCC model)</i>	28
2.4.4. El ACE Star Model	28
2.4.5. Un modelo para la aplicación práctica: DiCenso, Cullum, Ciliska y Guyatt EBP Model	28
3. Las guías clínicas en salud.....	30
3.1. Cómo realizar una guía clínica	30
3.2. La evaluación de la calidad de las evidencias	31
3.3. La evaluación de la calidad de la guía	32
3.4. La adaptación de guías	33
4. Evaluación e investigación en PBE.....	34
Bibliografía.....	37

Introducción

Las intervenciones en el campo de la salud requieren de la creación y actualización periódica de protocolos de intervención teniendo en cuenta la complejidad de los diversos factores influyentes en la salud y la calidad de vida del paciente. Además, el conocimiento ligado a las profesiones de las ciencias de la salud, sobre todo aquellas que han ampliado el contenido de sus programas formativos recientemente (por ejemplo, en el caso de fisioterapia, logopedia, nutrición o enfermería) se encuentra en pleno desarrollo y actualización constante debido a los avances científicos. Junto a esto, la facilidad de acceso a la información a través de la tecnología implica la necesidad de extraer y cribar las mejores evidencias para su implementación en la práctica clínica. La práctica basada en la evidencia (PBE), a modo de elemento vertebrador entre el estudio científico y la práctica clínica, sirve para implementar la evidencia científica en la práctica clínica. Sin embargo, la implementación supone la aplicación y puesta en funcionamiento de la evidencia científica en la práctica clínica, hecho que puede llegar a ser complejo en el manejo de patologías tratadas por diferentes profesionales, y teniendo en cuenta las necesidades y restricciones del contexto laboral sanitario.

En este módulo trataremos la implementación de la evidencia científica. Esta ha sido definida como los métodos que sirven para promover la asimilación de los resultados de investigación en la rutina de la atención sanitaria en contextos clínicos y de políticas de decisión y, por lo tanto, promover la calidad y efectividad de la sanidad (The ADAPTE Collaboration, 2009). Lo que, según los autores, también incluye el estudio de las influencias en el profesional sanitario y la acción organizacional. La Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud define la implementación como un proceso planificado que debe atender a las peculiaridades del contexto, de instituciones y profesionales. Debido a que los contextos sociosanitarios son variables, tanto en el tiempo como en el espacio, implica que no existan fórmulas ni recomendaciones universales para desarrollar un proceso de implementación teniendo la necesidad de planificar y elaborar estrategias para su adaptación al medio. En todo proceso de implementación deben participar todos los agentes que van a estar afectados por ese proceso de cambio independientemente del ámbito en el que se esté trabajando (Guía de salud, 2018).

En el módulo anterior hemos estudiado la evaluación de la calidad de las referencias incluidas en una revisión sistemática de la literatura, fase previa a la síntesis de las evidencias. En este módulo, primero estudiaremos la síntesis de evidencia científica utilizada como un método que permite influenciar la toma de decisiones clínicas. Continuaremos estudiando algunos de los factores influyentes en la toma de decisiones e implementación de las evidencias clínicas en el contexto clínico. Puesto que las guías clínicas son el instrumento

por excelencia para facilitar la implementación de las evidencias científicas, seguidamente hemos incluido un apartado en el que estudiaremos su uso en el campo de las ciencias de la salud. Por último, para cerrar el círculo entre el binomio investigación-práctica, abordaremos aspectos de la evaluación de la implementación clínica y su conexión con la investigación científica.

1. Síntesis de la evidencia científica para su uso en la práctica

La síntesis de la evidencia científica es la herramienta idónea para producir información sobre las mejores prácticas e influenciar en la toma de decisiones a través de la reflexión crítica subyacente a la síntesis y contrastación de evidencias (Athanasίου y Darzi, 2011; Booth, Papaioannou, y Sutton, 2012; Gough, Oliver y Thomas, 2017; Petticrew y Roberts, 2006). Una síntesis de información conlleva procesos de resumen, abreviación o esquematización de la información, pero también de priorización y contrastación de informaciones confluentes o divergentes que, además de proporcionar una visión comprensiva sobre el tema, permiten desarrollar el pensamiento crítico acerca del problema clínico. Por tanto, la síntesis no es un mero listado de hallazgos individuales entre estudios, sino que también implica la transformación de los datos de las fuentes primarias en un todo completo y conectado (Gough et al., 2017).

En el área de las ciencias de la salud, la síntesis de la evidencia puede determinar la fortaleza de la asociación entre una patología/enfermedad y su supuesto causante, y puede servir para generar asociaciones de información en relación con la prognosis, el diagnóstico y el tratamiento (Athanasίου y Darzi, 2011). El caso 1 «El grupo de trabajo motivado a comunicar» ejemplifica el uso de la síntesis como producto de comunicación de la PBE.

Caso 1. El grupo de trabajo motivado a comunicar

En la clínica ha surgido la necesidad de generar un consenso actualizado sobre las mejores intervenciones sobre una patología. Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar con formación universitaria en PBE para tomar una decisión. En el grupo se han dado cuenta de que algunas de las propuestas de intervención no se ajustan a los protocolos actuales de su centro y observan la necesidad de compartir los resultados de su búsqueda de información. Para solucionarlo, deciden realizar una síntesis de las evidencias con la intención de llegar a unas conclusiones sobre las mejores prácticas que se pueden implementar. Además, consideran que comunicar las evidencias y las acciones en una guía de intervención ayudará a la aplicación en el contexto con protocolos específicos para cada unidad y área profesional. En una fase posterior, también prevén crear algunos trípticos para informar y ayudar a los pacientes en la toma de decisiones informadas.

La planificación de la síntesis de la información de la búsqueda de evidencias científicas, así como la creación de los productos de comunicación de la implementación, son pasos a definir desde el comienzo de la PBE. Este tipo de prácticas puede ayudar en la actualización del conocimiento sobre las mejores evidencias y facilitar la decisión de protocolos y consensos sobre las mejores prácticas aplicadas a un contexto.

1.1. Cómo realizar una síntesis

Como en el ensamblaje de un rompecabezas, la unión de las evidencias debe contar con una imagen de mira como objetivo, que en el caso de la síntesis es la pregunta de investigación. La pregunta clínica debe vehicular la organización de las informaciones incluidas en la síntesis (Gough et al., 2017). Como hemos comentado, la síntesis reúne un análisis crítico de las evidencias que, según Petticrew y Roberts (2006), puede ser crucial en la toma de decisiones, como en las políticas de intervención. Según los autores, el impacto de la síntesis aumentará en la medida en que se tengan bien definidas las características de la problemática en la pregunta clínica.

La categorización de informaciones expuestas en la síntesis se debe realizar teniendo en mente las ideas subyacentes a la pregunta clínica. Petticrew y Roberts (2006) exponen que el primer paso en la integración de la síntesis es la descripción de los estudios en categorías lógicas relacionadas con la pregunta. En relación con la categorización de ideas, debemos tener en cuenta que, sobre la base de cómo agrupemos la información, facilitaremos la respuesta a ciertas preguntas. Según los autores, la agrupación de las informaciones basándose en la calidad del estudio permitirá valorar la robustez de la evidencia; hacer esta agrupación argumentándose en los resultados servirá para saber cómo conseguir estos resultados; y agruparlos sobre la base de las intervenciones permitirá conocer su efectividad. Otros ejemplos de organización de los datos son: según su dirección y efecto de los resultados, según los diferentes factores y procesos presentes en las intervenciones, con relación a aspectos temáticos del marco conceptual sobre la base de características de las muestras y de la intervención (Gough et al., 2017). Una vez agrupadas las evidencias siguiendo categorías comunes, el siguiente paso es el análisis de los resultados dentro de cada una de las categorías comunes. Por último, Petticrew y Roberts (2006) proponen la realización de una síntesis de los resultados de manera transversal en la que se analicen los resultados de estudios comparando la información entre las categorías lógicas utilizadas previamente.

Con relación a la construcción de la síntesis, Gough et al. (2017) desarrollan un modelo que también parte de la definición de la pregunta científica y la ordenación de las ideas. Los aspectos a tener en cuenta en este modelo se articulan en torno a siete preguntas:

- ¿Cuál es la pregunta? Incluir las teorías y asunciones con relación a la pregunta de revisión.
- ¿Qué datos hay disponibles? Realizar el análisis descriptivo de los datos en el que organizar los resultados.

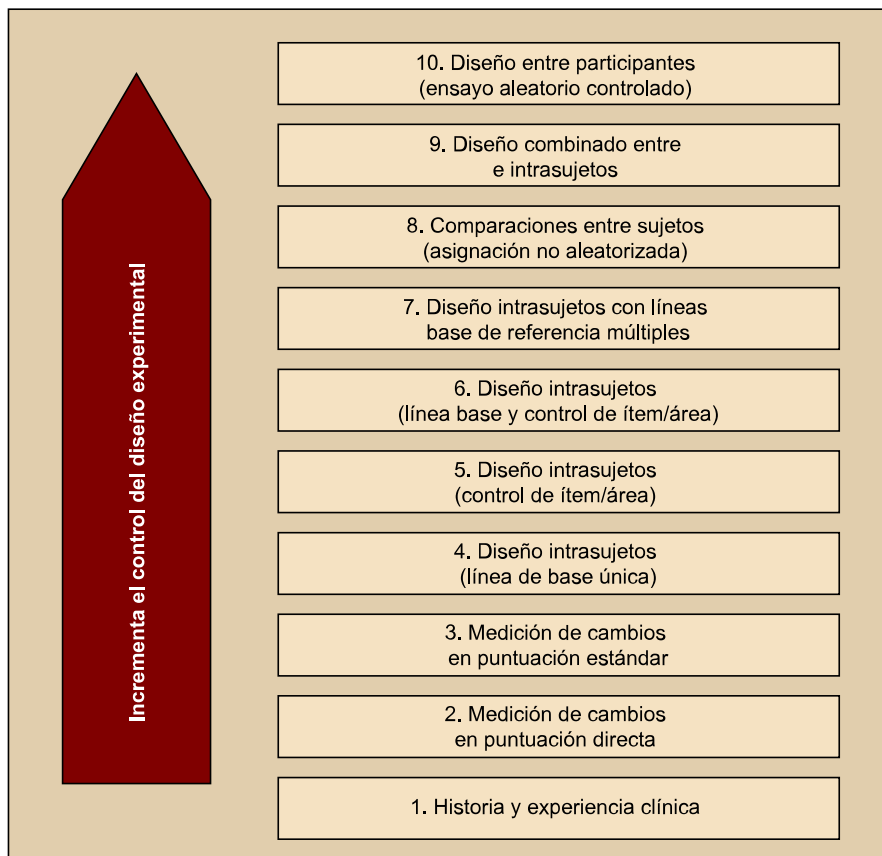
- ¿Cuáles son los patrones de los datos? Basarse en los resultados incluyendo las características de la intervención, los resultados y los participantes del estudio.
- ¿La integración de los datos responde a la pregunta?
- ¿Cuál es la solidez de la síntesis? Con relación a la calidad, la sensibilidad, la coherencia y la relevancia.
- ¿Cuál es el resultado?
- ¿Qué significa el resultado? Relacionado con las conclusiones y que puede conectarse con la emergencia de una nueva pregunta de investigación.

Con la finalidad de aumentar el impacto de las síntesis, Petticrew y Roberts (2006) también recomiendan que las revisiones sistemáticas se caractericen por incluir todos los estudios que evalúan la intervención, sean de tipo cualitativo, cuantitativo o mixto. Con relación a este tema, ha existido una tendencia a incluir en las revisiones únicamente diseños cuantitativos con un alto grado de control experimental. Los ensayos aleatorios controlados se consideran en el punto más alto a nivel metodológico (véase la figura 1 sobre la contribución de la complejidad del diseño experimental a la solidez del estudio). Sin embargo, dependiendo del área de investigación, pueden existir pocos estudios de ensayos aleatorios controlados, por lo que otros tipos de diseños menos controlados, como los estudios observacionales y los estudios de cohorte, pueden incluirse en la revisión. Aunque se debe tener en cuenta que es posible que este tipo de metodologías con menor control experimental no puedan incluirse en estudios de metaanálisis. Los autores argumentan que otro factor limitante del uso exclusivo de estudios de ensayo aleatorio controlado es el hecho de que suele haber un sesgo de la intervención hacia intervenciones intensivas y focalizadas que se enfocan sobre resultados individuales en lugar de sobre poblaciones más amplias (Petticrew y Roberts, 2006). Tal y como recomiendan los autores, una estrategia puede ser realizar comparaciones que incluyan resultados de estudios con comparación de diferentes niveles de control en el diseño experimental, por ejemplo, teniendo en cuenta si son diseños controlados, no controlados, aleatorizados, no aleatorizados, prospectivos o retrospectivos. La idea sería realizar una categorización conceptual y metodológica de los resultados teniendo en cuenta el peso en la calidad y aplicabilidad de los resultados.

Ved también

El metaanálisis se trata en el siguiente apartado sobre tipos de síntesis.

Figura 1. Contribución del diseño experimental a la solidez del estudio



Fuente: basado en Ebbels (2017).

1.2. Las tablas resumen

El uso de tablas resumen es un recurso habitual de las síntesis de información que ayuda en la presentación explícita y transparente de todo el proceso (Sanabria et al., 2015). Las tablas resumen de los estudios analizados pueden incluir una descripción de los estudios, su población, métodos y resultados para incrementar la transparencia de los resultados. Una de las herramientas disponibles es la tabla de síntesis de los resultados (*summary of findings*). Esta tabla permite presentar las informaciones relevantes a las comparaciones de cada estudio, así como el nivel de confianza de los resultados (calidad de la evidencia) respecto a los resultados más importantes. Esto permite aclarar la contribución de cada estudio a los resultados y dar a conocer datos que son especialmente relevantes. Otra modalidad de tabla puede servir para resumir los resultados junto a una evaluación crítica de cada estudio en la que se incluyan los problemas metodológicos principales u otros aspectos que puedan influenciar en los resultados, como la calidad del estudio. Esta evaluación de los resultados también puede incluirse en forma de narración en el texto, aunque el uso de tablas reduce la posibilidad de que el redactado le proporcione mayor peso a ciertos estudios y resultados.

1.3. Tipos de síntesis

Existen diferentes formatos de síntesis de información dependiendo de la naturaleza cuantitativa, cualitativa o mixta de los datos. La aproximación cuantitativa tiene como mejor ejemplo la técnica de metaanálisis en la que se comparan resultados de intervenciones parecidas mediante el análisis estadístico de datos cuantitativos. Junto a las técnicas de metaanálisis, se han identificado múltiples aproximaciones cualitativas para la síntesis de investigación (para una ampliación sobre otras tipologías de síntesis, podéis ver, por ejemplo, Athanasiou y Darzi, 2011; Both et al., 2012). En el presente texto abordaremos brevemente las características de las síntesis de metaanálisis y de dos modalidades de síntesis cualitativa, la metaetnografía y la síntesis temática.

1.3.1. Metaanálisis

El metaanálisis supone la agrupación de estudios cuantitativos similares, utilizando métodos estadísticos para combinar los resultados de estudios empíricos, en los que cada estudio evalúa la misma hipótesis (Petticrew y Roberts, 2006). La técnica de metaanálisis puede ser especialmente interesante cuando el número de estudios que hay que revisar es especialmente largo, ya que encontrar patrones de los datos puede ser especialmente complicado con altos números de estudios. El incremento de estudios en la revisión también hará que el tamaño del efecto sea más alto.

El producto de metaanálisis, además de incluir los aspectos relacionados con la síntesis de información, como en la revisión, también lleva a cabo tratamiento de datos y su análisis (Both et al., 2012). Según estos autores, los pasos para realizar la técnica de metaanálisis son:

- 1) Resumen de los datos en tablas (paso relacionado con la extracción de datos).
- 2) Gráficos de los datos (paso relacionado con la síntesis).
- 3) Evaluar si hay heterogeneidad, es decir, la variación en los resultados (paso relacionado con la síntesis).
- 4) Realizar un metaanálisis si la heterogeneidad no es una cuestión principal (paso relacionado con el análisis).
- 5) Si se encuentra heterogeneidad, identificar los factores que la puedan explicar (paso relacionado con el análisis).
- 6) Evaluar el impacto de la calidad del estudio en resultados (paso relacionado con el análisis).

7) Explorar la posibilidad de que el sesgo de variación se deba a que se ha dado especial relevancia o se hayan omitido ciertos estudios.

El método más sencillo para cuantificar los datos de los estudios incluidos en el metaanálisis conlleva dos pasos. El primero es el cálculo del tamaño del efecto para cada medida (por ejemplo, tratamiento) para cada estudio de la revisión. El cálculo se obtiene a partir de la diferencia de las medias del tratamiento entre el grupo de tratamiento y el de control, dividido entre la desviación estándar agrupada (la dispersión promedio de todos los puntos de los datos alrededor de su media grupal) para cada grupo. El segundo paso consiste en agrupar los datos entre los estudios revisados para generar un único tamaño del efecto general. Esto se puede realizar cuando los estudios comparten medidas con una misma escala, en caso de no ser así, se pueden estandarizar los resultados de la medida en una escala común, antes de agruparlos.

A continuación, estudiaremos el ejemplo de un estudio de metaanálisis sobre la eficacia de las intervenciones de la anomia (dificultades en la búsqueda de palabras) en personas con afasia (Wisnburn y Mahoney, 2009). Además de estudiar la eficacia de las intervenciones, el estudio tiene como objetivo conocer el efecto de las intervenciones en la generalización a otras palabras no entrenadas, determinar el mantenimiento en el tiempo de los efectos de la terapia y estudiar el efecto en la recuperación del lenguaje respecto al momento de comienzo de la afasia. Se realizan diferentes métodos de búsqueda en bases de datos (ERIC, MEDLINE, PsychArticles, PsychInfo, PubMed, and EBSCOHost) sobre la temática de la anomia, incluyendo diversas combinaciones de los términos *anomia*, *word-finding*, *word retrieval*, *word recall*, *treatment*, *therapy* y *efficacy*. El análisis de datos cuantitativos tiene en cuenta el cálculo de diferentes medidas con la finalidad de conocer el tamaño del efecto, como por ejemplo, la estandarización de la media del pretest y el posttest, y la desviación estándar de las medidas preintervención. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión a un total de 500 estudios identificados en la búsqueda, se clasificaron 44 estudios siguiendo las variables categoría de tratamiento (semántico, fonológico o mixto); tipologías de palabras teniendo en cuenta si las palabras han sido entrenadas, si se han expuesto o no, si están relacionadas con las palabras entrenadas, si se había expuesto o no la palabra o si eran palabras relacionadas o no; medidas de seguimiento de la intervención; y la media del número de meses de aplicación de la intervención posteriores al inicio de la afasia. Los análisis de resultados cuentan con diversas tablas en las que se comparan la magnitud de efecto del tratamiento, agrupando los estudios sobre la base de las variables comentadas anteriormente. También se incluye información sobre la magnitud de efecto dividida en cuartiles, lo que permite la comparación de estudios de efecto bajo, medio o alto. Por último, en los anexos se incluyen tablas resumen de los estudios en las que se describe la magnitud del efecto de cada estudio. Los resultados demuestran efectos beneficiosos de la terapia de búsqueda de palabras, aunque existe variedad entre diferentes intervenciones. En concreto, los autores demuestran que existe

Lectura recomendada

Para un ejemplo de la aplicación de la fórmula o para conocer otras técnicas como la inspección visual con *Forest plot*, ver el trabajo siguiente: M. Petticrew y H. Roberts (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA / Oxford, UK, Victoria, Australia: Wiley-Blackwell.

poca generalización a palabras poco relacionadas y no entrenadas. También demuestran que la intervención es beneficiosa en individuos que siguieron la intervención con años de diferencia respecto al comienzo de la afasia.

1.3.2. Metaetnografía

La metaetnografía se incluye dentro de las síntesis interpretativas de evidencia cualitativa, es decir, las síntesis de estudios que pretenden llegar más allá de la recopilación o comparación de informaciones de fuentes primarias, para llegar a generar una nueva interpretación o traducción conceptual de los estudios (Pope, Mays y Popay, 2007). El término *traducción* en este contexto hace referencia a la traducción de las categorías principales del significado.

La metaetnografía se puede aplicar a diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas cualitativas. La etiqueta de etnografía no debe confundirse como una limitación al análisis de estudios etnográficos (el estudio de las sociedades y culturas humanas con recogida de datos habitualmente a partir de observación de participantes). Los autores originarios les asignaron la etiqueta a este tipo de síntesis, ya que sus primeros usos se realizaron con estudios etnográficos (Gough et al., 2017; Pope et al., 2007).

El proceso de la metaetnografía está compuesto por siete pasos iterativos que enumeramos a continuación (Gough et al., 2017; Pope et al., 2007):

- 1) Identificar el área de interés.
- 2) Búsqueda y selección de los estudios relevantes de tipo propositiva. Esta búsqueda debe ser exhaustiva o comprensiva ya que el objetivo es teórico y no de generalización estadística.
- 3) Lectura repetida de los estudios para identificar los conceptos e interpretaciones de las fuentes primarias.
- 4) Determinar cómo se relacionan los estudios:
 - Traducción recíproca, cuando los conceptos en diferentes estudios corresponde o están en acuerdo, y pueden ser asociados/comparados directamente.
 - Traducción opuesta (refutación), situación en la que los conceptos de unos y otros estudios entran en conflicto. Relacionados con la idea de conocimiento científico a partir de la argumentación y contraargumentación.
 - Línea de síntesis de argumentos, los resultados no se apoyan o entran en conflicto, pero se pueden configurar para realizar una narrativa amplia.

Examina qué podemos decir de la globalidad a partir de estudios individuales.

5) Traducir los estudios entre sí, identificar las explicaciones. En la comparación de semejanzas y diferencias entre conceptos es donde ocurre la traducción. En esta fase debe preguntarse si un concepto se puede mapear en otro y si analiza cualquier diferencia conceptual. La secuencia lógica es «A es como B excepto...».

6) Sintetizar las traducciones. Identificar aquellos conceptos que trascienden a una teoría individual y cuáles pueden ser utilizados para generar una nueva interpretación o desarrollo conceptual.

7) Comunicar la síntesis.

La metaetnografía asume la idea de diferentes niveles u órdenes de la construcción del significado:

- Los datos de las fuentes primarias son los de primer orden, por ejemplo, las interpretaciones de los participantes en la investigación.
- El segundo nivel correspondería a las interpretaciones de los investigadores de las fuentes primarias.
- Las interpretaciones de la revisión supondrían las de tercer orden.

La metaetnografía es un método que requiere de gran experiencia en métodos cualitativos interpretativos. Se debe tener en cuenta que los valores e interpretaciones del autor influenciarán la síntesis. Una manera para examinar la validez es enviar los resultados a los autores de las fuentes primarias, aunque se debe tener en cuenta que una interpretación diferente no invalida automáticamente la validez de la perspectiva, ya que se pueden tener diferentes experiencias del mismo fenómeno que pueden ser interpretadas como fenómenos distintos (Pope et al., 2007).

En el siguiente ejemplo de síntesis de metaetnografía (Clarke, 2014), el autor realiza una revisión de las evidencias científicas con la finalidad de generar un marco teórico explicativo sobre la práctica de enfermería en la rehabilitación del ictus cerebral. Con esta búsqueda de estudios de metodología cualitativa pretende categorizar, conceptualizar y evaluar las evidencias sobre la práctica de enfermería en paciente con ictus debido a que, según argumenta el autor, el rol especializado en este campo está poco definido y es relativamente actual. Los términos de búsqueda combinaban palabras como *nursing* y *rehabilitation*; *nursing* y *stroke*; *stroke* y *nursing* y *rehabilitation*. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 137 artículos fueron aptos para su revisión de un total de 22.458 estudios, de los cuales se extrajeron y analizaron solamente los 16 estudios cualitativos. La calidad de los estudios fue evaluada utilizando

una *checklist* de investigación cualitativa adaptada por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) a partir del Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP). Posteriormente se realizó el análisis de los datos (constructos de primer orden) y la interpretación de los autores de los artículos originales (constructos de segundo orden). Se identificaron un total de 134 interpretaciones de segundo orden, por ejemplo, «las enfermeras enfatizan la constante reducción de personal y tiempo para proveer cuidado especializado del ictus»; «para la enfermeras, el concepto de “hacer algo” suponía incluir actividades como evaluar pacientes, remitirlos a los terapeutas y asistirlos para que tomaran mayor independencia en el día a día»; y «para las unidades de ictus, enfermeras “haciendo algo” incluía poner en uso habilidades específicas, como, por ejemplo, habilidades de comunicación o evaluar el reflejo de deglución». Un total de 38 interpretaciones del autor del estudio de revisión (interpretaciones de tercer orden) fueron revisadas iterativamente por el autor y otros 3 revisores experimentados que resultó en un acuerdo de 6 interpretaciones de tercer orden, como por ejemplo, «los contextos de las unidades de ictus pueden dificultar o facilitar la práctica de rehabilitación en enfermería» y «la educación y el entrenamiento específicos sobre el ictus debe aumentarse si las enfermeras perciben que tienen un rol de rehabilitación». Los resultados del análisis e interpretaciones de tercer orden sirvieron para crear un marco explicativo con forma de mapa conceptual con relación entre los conceptos próximos. El marco teórico sugiere qué áreas de la práctica, organización de servicios y gestión requieren considerar si las enfermeras deben desarrollar una comprensión de técnicas de rehabilitación e integrarlas en su práctica. El marco identifica que potenciar la práctica de rehabilitación en daño cerebral requerirá no solo cambios en la práctica de enfermería sino también en el equipo de trabajo sobre el daño cerebral y en la educación y entrenamiento de todos los profesionales trabajando en esta área.

1.3.3. Síntesis temática

La síntesis temática es un método que se utiliza a menudo para sistematizar el análisis de datos de fuentes primarias cualitativas (Gough et al., 2017). Su factor principal es su carácter interpretativo de los resultados de las fuentes primarias. Esta pretende la traducción/interpretación de conceptos transversales a varios estudios mediante el uso de la codificación línea por línea (*line-by-line*), la organización de las temáticas en temas descriptivos, y la generación de temas analíticos a través de la aplicación de un marco teórico de nivel superior (Gough et al., 2017; Thomas y Harden, 2008). A continuación, resumimos las tres fases descritas en Gough, et al. (2017).

1) Fase 1. Codificación línea por línea o codificación del texto

Objetivo: Identificar los temas de manera descriptiva y muy cercana a la información de los estudios.

La codificación pretende asociar todo el texto relevante con uno o más códigos y, cuando no exista un tema definido previamente, crear un nuevo código. Los códigos son una frase corta que resume el contenido del texto sin contenido de análisis o abstracción. Sin embargo, los temas son conceptos que han sido identificados en más de un estudio, pueden ser más refinados o contener un nivel de abstracción.

Un buen código temático debe definir los hallazgos de las fuentes primarias y se caracteriza por:

- Tener una etiqueta-nombre.
- Una definición con las características o aspectos que constituyen el tema.
- Una descripción de indicadores para saber cuándo ocurre el tema.
- Una descripción de cualificaciones o exclusiones para identificación del tema.
- Ejemplos positivos y negativos para eliminar confusiones posibles entre temas.

El proceso supone la interpretación de los revisores para determinar qué partes de texto (códigos) se relacionan con temas específicos o si se requiere la creación de un nuevo tema.

2) Fase 2. Desarrollar los temas descriptivos

Objetivo: Organizar los temas iniciales en un marco teórico que los relaciona entre sí para asociarlos conceptualmente.

Los juicios de los revisores juegan un rol importante. En algunas revisiones los temas descriptivos ya pueden responder a la pregunta de revisión y se puede parar la técnica en este punto.

3) Fase 3. Generar temas analíticos

Objetivo: Responder a las preguntas de la revisión en base a los temas descriptivos.

En esta fase se sintetiza el contenido para ofrecer nuevas conceptualizaciones y explicaciones que supone una interpretación de la lectura de los estudios.

A continuación aportamos un ejemplo de revisión de estudios cualitativos en el que se utiliza la síntesis temática (Wray y Clarke, 2017). El estudio realiza una revisión sobre las necesidades a largo plazo en pacientes con dificultades de comunicación (afasia, disartria, disartria y apraxia del habla) debidas a un accidente cerebrovascular. Se incluyeron estudios que utilizaron una metodología cualitativa que se centró en las necesidades, opiniones o experiencias percibidas o expresadas por las personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares con dificultades de comunicación en relación con el manejo diario

de su afección después del alta hospitalaria. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, The Cochrane Library, Bibliografía Internacional de Ciencias Sociales y AMED, y se realizaron búsquedas en la literatura gris (documentos que no se difunden por los canales ordinarios de publicación comercial). Dos investigadores evaluaron la calidad metodológica de los estudios de forma independiente siguiendo el *checklist* de la evaluación cualitativa de salud pública NICE. Se realizó una revisión de síntesis temática con la intención de llegar a mayor profundidad que un mero resumen descriptivo en el que se agregan informaciones y, de este modo, generar una interpretación general de la literatura cualitativa existente. Un total de 32 estudios fueron incluidos en la síntesis temática después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión a 12.416 documentos encontrados en la primera búsqueda. Los resultados se combinaron mediante síntesis temática en cuatro fases:

- codificación de las porciones significativas de los datos (597 segmentos fueron codificados),
- distribuirlos en categorías descriptivas,
- desarrollo de temas descriptivos y
- desarrollo de los temas analíticos.

Los resultados de la síntesis revelan las dificultades actuales que pueden experimentar las personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares al aceptar la pérdida de la comunicación y adaptarse a la vida con una dificultad de comunicación. Los siguientes cuatro temas analíticos principales fueron el resultado con relación a las necesidades a largo plazo en pacientes con dificultades de comunicación debidas a un accidente cerebrovascular:

- manejo de la comunicación fuera de la casa,
- crear un rol significativo,
- crear y mantener una red de apoyo y
- toma de control y avanzar activamente en la vida.

Los resultados de la síntesis revelan conclusiones clínicas a partir del análisis de los temas analíticos, como por ejemplo, que es necesario comprender sus experiencias para garantizar una intervención adecuada a las necesidades. Otro aspecto que cabe considerar es que se deben tener en cuenta los factores psicosociales en la rehabilitación, y por último, recomiendan realizar intervenciones de autocontrol para manejar su condición a largo plazo.

Según Thomas y Harden (2008), conceptualmente los temas analíticos de las síntesis temáticas son similares a las interpretaciones de tercer orden de las metaetnografías. La principal diferencia radica en su propósito:

- Los temas analíticos (síntesis temática) son el resultado de realizar una interpretación de los términos a partir de descripciones directas siempre partiendo de un marco externo (la pregunta de revisión y subpreguntas).

Más apropiados cuando se aborda una pregunta de revisión específica y dentro de un marco teórico.

- Las interpretaciones de tercer orden (metaetnografía) son el resultado de la traducción de los estudios entre sí en los propios términos de los autores. Más apropiados cuando se explora un cuerpo de literatura en sí mismo, con preguntas de revisión más amplias o emergentes y que pretenden generar un marco teórico.

2. Toma de decisiones e implementación sobre la base de las evidencias

La implementación de la PBE va ligada a una serie de fases sucesivas íntimamente relacionadas. El conocimiento de estas fases nos va a hacer reflexionar acerca de la situación real de aplicación del proceso para determinar hacia dónde se deben dirigir nuestros esfuerzos. Por otro lado, al igual que se señalaba en el módulo introductorio, conocer las barreras y los facilitadores para poder aplicar la PBE en el lugar de trabajo parece un eje fundamental que va a aportar una perspectiva de valor incalculable para lograr determinar el éxito de dicha aplicación. Analizar, por lo tanto, estas fases, los factores y destacar algunos de los modelos existentes que facilitan la implementación de la PBE resulta fundamental para lograr que la implementación sea realmente efectiva.

2.1. Fases para implementar la PBE

Para ser conscientes del esfuerzo que supone implementar cambios en la práctica clínica habitual, debemos aceptar que nos encontramos en un contexto dinámico y constantemente cambiante, que va a necesitar de unas condiciones específicas de adaptabilidad para lograr implementar resultados de la investigación al mismo.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes (*Clinical Practice Guidelines We Can Trust*, 2011). Además, el Comité Científico de Guía de Salud y el Consejo Ejecutivo exponen que estas GPC son necesarias para ordenar, evaluar y graduar el conocimiento disponible y con ello disminuir la variabilidad en la práctica debida a la incertidumbre. Son potencialmente útiles para facilitar la toma de decisiones clínicas de calidad a los profesionales sanitarios, para mejorar los resultados de salud, la información y la capacidad de elección para los pacientes y para mejorar la eficiencia global de los sistemas sanitarios. Asimismo, contribuyen a mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a los pacientes.

Por otro lado, existen estudios realizados tras la implantación de GPC que ponen de relieve una serie de elementos relacionados que hacen que el éxito de la implantación de una práctica en el ámbito de salud aumente. Estos elementos son perfectamente aplicables a la implementación de resultados de investigación a través de la PBE. Los elementos clave para la implantación de prácticas clínicas basadas en evidencias según (Orts Cortés, 2015) son:

- Utilizar un proceso sistematizado para identificar la evidencia.
- Identificar a los colaboradores apropiados y comprometidos.

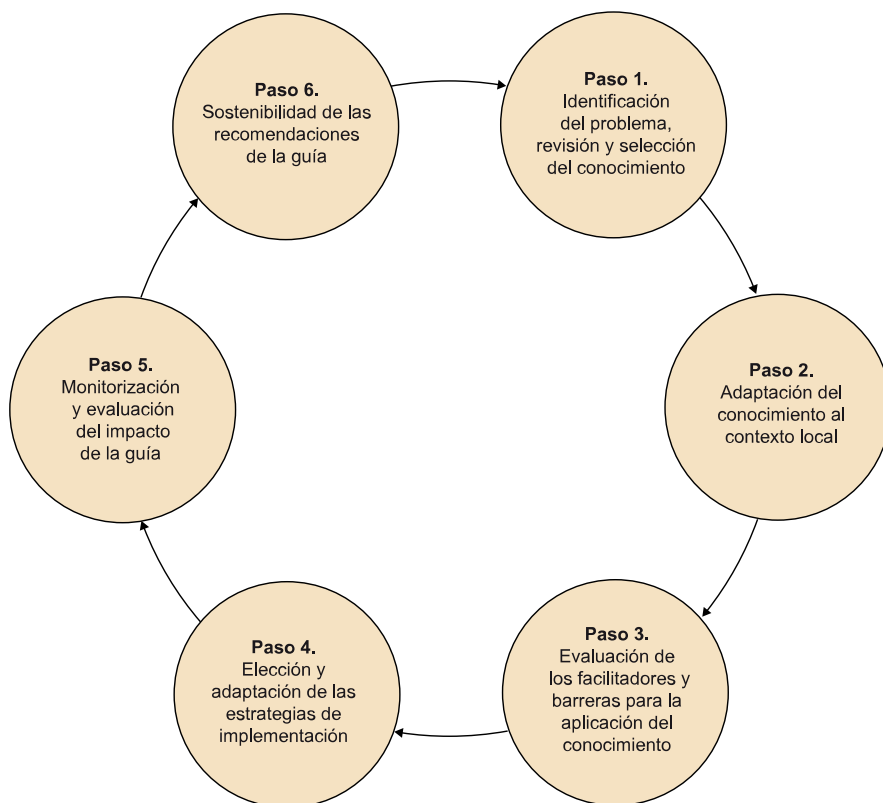
Ved también

En el apartado siguiente se tratan con detalle las guías clínicas en salud.

- Realizar una evaluación de la preparación del contexto para implementar los resultados.
- Utilizar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
- Planificar y realizar una evaluación de la implantación.
- Considerar de manera adecuada las implicaciones que conlleva el desarrollo de estas actividades.

La implantación de las GPC se organiza en diferentes fases según Orts Cortés (2015). En la lectura original, estos seis pasos se presentan como un modelo lineal de implantación, mientras que, a nuestro entender, y respetando las características de la PBE, se debería ofrecer para la aplicabilidad en este paradigma, como un modelo circular que se autorretroalimenta de manera continua. Estos pasos se hallan en la figura 2.

Figura 2. Pasos de la implementación práctica de la PBE



Fuente: adaptado de (Orts Cortés, 2015).

2.2. Contexto de aplicabilidad de la evidencia encontrada y factores que hay que tener en cuenta

Generalmente, hay que tener en consideración que la evidencia ha sido creada en contextos diferentes al nuestro en el que pretendemos implementarla. Al realizar un análisis del contexto de aplicabilidad de la evidencia, no nos sirve focalizar el esfuerzo en el contexto de nuestra consulta, espacio único en el que me enmarco solo yo. Hay que realizar el esfuerzo y ser capaces de abstraer esa mira a todos los niveles implicados, es decir, desde la política de salud del Gobierno central; hasta las miras autonómicas, regionales y locales; considerar

las influencias más específicas derivadas de la organización; e incluso, tener en cuenta las influencias de los profesionales concretos entre los que se va a determinar la implementación (Orts Cortés, 2015).

En la tabla 1 hemos recogido las características de un contexto receptivo al cambio según diversos autores (Dopson, FitzGerald, Ferlie, Gabbay, y Locock, 2002; Ramos Morcillo, Ruzafa Martínez, Mena Tudela y Orts Cortés, 2014):

Tabla 1. Características de un contexto receptivo al cambio

Existencia de buenas relaciones previas entre profesionales y gestores. También entre distintos grupos profesionales
Apoyo político y de la gestión sostenido
Cultura organizativa local de apoyo. Deben existir recursos humanos y materiales suficientes
Relaciones eficaces y de calidad entre los grupos locales y dentro de ellos
Acceso a la información e ideas en el contexto local. Adecuado flujo de ideas
Capacidad de introducir cambios organizacionales que fomenten intercambios entre los grupos

Fuente: Orts Cortés (2015).

Existen otros factores que la literatura pone de relieve y que son necesarios tener en cuenta a la hora de analizar el contexto en el que implementar la PBE. La tabla 2 describe los factores que hay que tener en cuenta en el contexto.

Tabla 2. Factores que tener en cuenta en el contexto

Sobre la organización (Dobbins et al., 2002)	Sobre los profesionales (Logan y Graham, 1998)			
	Factores estructurales	Factores sociales	Factores relacionados con el paciente	Factores individuales (Squires et al., 2011)
Tamaño de la organización, complejidad, disponibilidad de recursos, cultura, canales de comunicación, proceso de toma de decisiones	Estructura para la toma de decisiones, la carga de trabajo y los recursos disponibles	Políticas y las personas implicadas, la cultura y creencias existentes	Voluntad o habilidad del paciente para cumplir con las recomendaciones basadas en la evidencia	Educación en investigación, regularidad en la lectura de revistas, asistencia a conferencias, participación en cursos de investigación, grado académico, rol actual, satisfacción con el trabajo

Aparte de tener en cuenta los factores para implementar la PBE en un contexto clínico determinado, hay que ser consciente de un dato más, y es que no todos los aspectos de este contexto tienen el mismo peso o la misma relevancia a la hora de producirse el cambio. Así, hay autores que determinan que entre un 80 y un 90 % de la varianza de la utilización de la investigación corresponde a los

factores organizacionales, mientras que un 5-10 % correspondían a los factores ambientales y solo entre el 1 y el 3 % del uso de la investigación correspondían a factores individuales de los profesionales sanitarios (Royle y Blythe, 1998).

Con relación a los factores organizacionales, estructurales y sociales, es necesario que haya implicaciones políticas y estructurales que medien a estos efectos, además de la implicación individual o colectiva a realizar prácticas basadas en evidencias de los profesionales de atención directa. Cabe reseñar la importancia de las figuras de gerencia para estructurar y dar pie a esos cambios necesarios para llevar a cabo la implementación de los resultados de investigación en la práctica clínica diaria. El análisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, es decir, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas) sirve de herramienta para profundizar en cada uno de los puntos que puede influir en el éxito del establecimiento de la implementación de una evidencia científica en la práctica clínica (ver tabla 3) (McCluskey y Cusick, 2002).

Tabla 3. Análisis SWOT relacionado con la introducción de la práctica basada en la evidencia

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con buenas instalaciones bibliotecarias y apoyo bibliotecario. • Existe personal nuevo que está familiarizado con las bases de datos. • Existe personal formado en investigación, o bien en proceso de formación. • Existen estudiantes disponibles para ayudar a buscar y criticar la literatura.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría del personal dedica muy poco tiempo a la revisión de la literatura o a actividades relacionadas con la investigación. • Falta de habilidades.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación que actualmente ofrece el Departamento de Salud a los profesionales en habilidades de búsqueda de literatura. • La gestión hospitalaria indica que la futura financiación departamental puede estar basada en la evidencia de la eficacia clínica; por lo tanto, existe una oportunidad para ser proactivo.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Congelación prevista del personal: es posible que haya menos personal disponible para cubrir los servicios existentes. • Organizaciones grandes. • Algunos miembros del personal han invertido mucho en intervenciones particulares. • Percepción de que la investigación está separada de la práctica clínica, y que es algo que debe llevarse a cabo en las universidades. • El cambio propuesto es incompatible con las creencias y prácticas laborales actuales. • Tendencia a regresar a prácticas y patrones anteriores sin motivación y recordatorios constantes. • Dificultad para mantener el cambio o transferir el entusiasmo al nuevo personal: se necesita orientación para el nuevo personal y capacitación continua. • Dependencia del hábito y de las preferencias de los pacientes; patrones de comportamiento. • Se puede exigir al Departamento que ponga fin a las intervenciones que los consumidores u otros profesionales de la salud esperan. • La práctica privada puede perder clientes si no ofrecen los tratamientos que los clientes esperan.

Estas figuras de gerencia pueden realizar cambios profundos y ser proactivos en (McCluskey y Cusick, 2002):

- servir de modelo para el personal de su organización, mediante el aprendizaje, la promoción y el uso de la evidencia;
- alentar y apoyar al personal a que demuestre un alto grado de interés en la práctica basada en la evidencia;
- identificar y discutir los valores que existen dentro de su organización;
- determinar los obstáculos hacia la aplicación de la práctica basada en la evidencia, y elaborar estrategias para superarlos;
- realizar un análisis SWOT completo con el personal, y
- examinar detenidamente y cumplir los objetivos de las necesidades de desarrollo profesional permanente del personal.

Por último, cabe añadir que se deben tener en cuenta las políticas de intervención, aspectos éticos y cuestiones económicas que pueden influenciar en la toma de decisiones particulares a cada contexto de intervención (Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell y Norbury, 2019).

2.3. El paciente como sujeto de cambio y aplicabilidad de la práctica basada en la evidencia

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, actualmente hay que tener en cuenta un movimiento que se está produciendo con relación a la rápida evolución de las tecnologías y la adaptabilidad de las personas a este desarrollo tecnológico, que pudiera suponer una auténtica revolución tecnocultural (Ferguson y Frydman, 2004).

Este movimiento se trata de los e-patients o paciente experto. Este término fue acuñado por Tom Ferguson, quien describe a este tipo de pacientes con las 4 «E» (*Equiped, Enagaged, Empowered and Enabled*), es decir:

- preparados
- comprometidos
- empoderados
- capacitados

Así, se define al paciente experto como un paciente proactivo, con buenos conocimientos sobre las tecnologías, implicado en el mantenimiento de su salud e interesado en contribuir no solo al tratamiento e investigación sobre determinadas condiciones de salud, sino también a mejorar el sistema de atención sanitaria. Sobre este tipo de pacientes es sobre los cuales el doctor Tom Fergu-

son advierte que «se necesita algo parecido a una actualización importante del sistema en nuestro pensamiento, un nuevo sistema operativo cultural para el cuidado de la salud, en el que los e-pacientes puedan ser reconocidos como un nuevo y valioso tipo de recurso renovable» (Ferguson y Frydman, 2004). Ferguson expresa haber aprendido a través de su propia experiencia y su observatorio de paciente experto que los pacientes desean saber, desean conocer qué y cómo les pasa y las posibles soluciones. Además, los pacientes son capaces de entender y aceptar todo lo que el profesional sanitario sabe sobre su enfermedad y sobre sus tratamientos (Hoch y Ferguson, 2005). Normalmente, cuando ofrecemos información a nuestros pacientes, aportamos un subconjunto limitado de información sobre todo lo que conocemos, hecho que Ferguson destaca como un error dado que la franqueza de la situación tratada con el paciente y el uso del propio del paciente como recurso hacen que la situación mejore y que la relación profesional sanitario-paciente se vea fortalecida. Por supuesto, otra de las grandezas que reseña es que un grupo de pacientes, de personas, es mucho más completo y, en ocasiones, mucho más inteligente que un solo profesional sanitario (Hoch y Ferguson, 2005). El caso 2 «La consulta del paciente» ejemplifica la implementación de la PBE a raíz de la consulta de un paciente.

Caso 2. La consulta del paciente

Un paciente comenta en la consulta que ha leído en internet sobre una intervención relacionada con las necesidades que presenta su caso. Le gustaría saber si sería interesante utilizar este tratamiento ya que según la información se han demostrado mejoras. La información incluye algunos argumentos sólidos que parecen explicar las mejoras e indican que lo recomiendan 9 de cada 10 médicos. Sin embargo, solo se aporta una referencia de evidencia científica que defiende la necesidad de intervenir el área objeto de intervención del tratamiento en esta patología, pero no aporta evidencia directamente relacionada sobre la eficacia del tratamiento. El resto de información que da apoyo a su uso se basa en argumentos de la autoridad, es decir, exponen que una persona de renombre dice haber obtenido buenos resultados en su aplicación.

Las consultas de pacientes o las situaciones del día a día pueden originar la necesidad de consultar las mejores evidencias disponibles con el fin de tomar una decisión informada. Reconocer esta necesidad de conocimiento e informarse con las mejores evidencias disponibles es un primer acercamiento a la PBE.

Hay que tener en cuenta un último punto que puede resumirse en esta frase: *Whether healthcare professionals acknowledge us or not, e-patients are already here* (con el reconocimiento o no de los profesionales de la salud, los e-pacientes hemos venido para quedarnos); así que, tanto si queremos como si no queremos, tanto si nos gusta como si no, los e-pacientes han venido para quedarse (Riggare, 2018). Esta autora aporta, además, una declaración de intenciones de los e-pacientes sobre la ciencia y lo que esperan de una relación con un profesional sanitario, resaltando que los e-pacientes explotan las fantásticas posibilidades de internet, pero tienen cuidado de no correr riesgos innecesarios. Reconocen y respetan los principios científicos, razón por la cual muchos

de los e-pacientes dedican mucho tiempo y energía a aprender todo lo que pueden sobre el sistema de salud. Así, esta autora lanza una última pregunta para la reflexión: ¿Quiere ser un obstáculo o un facilitador para sus pacientes?

De este modo, apoyarse y guiarse por pacientes a la hora de establecer un punto de escucha más, de aprendizaje y de inflexión más a la hora de implementar la práctica basada en la evidencia se hace necesario. Por último, recordemos que la PBE supone tener en cuenta el conocimiento y experiencia clínica para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente, teniendo en cuenta los valores de un «paciente informado» sobre las mejores evidencias encontradas mediante búsquedas sistemáticas.

2.4. Marcos teóricos de implantación de la práctica basada en la evidencia

Es inherente a la realidad, tanto en el ámbito académico como en el asistencial, que se necesita un procedimiento, es decir, una metodología para lograr implantar los resultados provenientes de la investigación y que estos se queden establecidos en la práctica diaria con el fin de mejorar la práctica académica y clínica. Estos procedimientos que se señalan se denominan «Marcos teóricos de implantación de la práctica basada en la evidencia» y aunque existen otros modelos, en este apartado se expondrán brevemente algunos de los modelos más usados en el ámbito internacional del ámbito de la salud (Schaffer, Sandau, y Diedrick, 2013).

2.4.1. Stetler Model

Stetler Model originalmente se creó como un modelo para respaldar la utilización de la investigación. Se centra en una serie de actividades de juicio acerca de la idoneidad, la conveniencia, la viabilidad y la forma de utilización de los resultados de investigación en la práctica, tanto individual como en grupo (Stetler, 2001). Las fases que hay que seguir en este modelo serían las siguientes (Stetler, 2001):

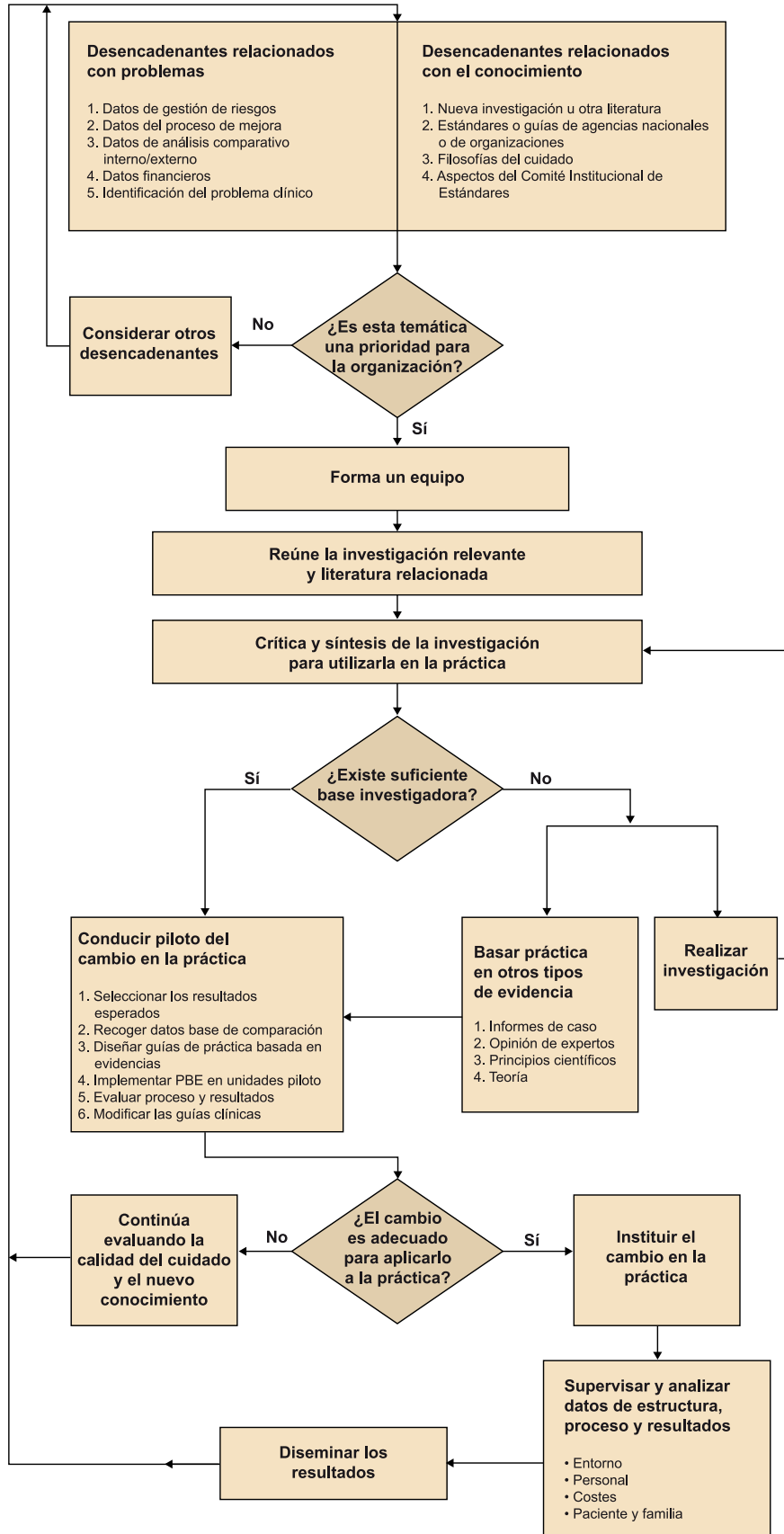
- **Fase I:** Preparación: propósito, contexto y fuentes de evidencia de investigación.
- **Fase II:** Validación: credibilidad de los hallazgos y evaluación de la evidencia obtenida.
- **Fase III:** Evaluación comparativa/toma de decisiones: síntesis de los resultados obtenidos y recomendaciones para la aplicación.
- **Fase IV:** Traslación/aplicación: definir de forma operativa el uso de los resultados, proponer acciones para el cambio.

- **Fase V: Evaluación.** La evaluación se llevará a cabo tanto en términos de resultados previstos como en coste-beneficio.

2.4.2. Modelo Iowa

El modelo Iowa se ha utilizado por muchos estudios para aplicar su metodología en la búsqueda e implementación de la evidencia encontrada. Según algunos autores, este modelo ofrece un camino en la aplicación de la investigación práctica (Doody y Doody, 2011). El modelo aporta un árbol de decisiones en función de unos puntos de inflexión sobre las acciones que habrá que tomar durante el proceso de la PBE.

Figura 3. Árbol de decisiones del modelo Iowa



Fuente: Doody y Doody (2011).

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

El modelo ARCC fue conceptualizado como marco teórico para ayudar a las enfermeras en la aplicación de práctica basada en la evidencia a través de mentores. Este modelo incluye el rol de un mentor en PBE en el ámbito clínico. Se entiende como mentor un profesional de la salud experimentado con un conocimiento profundo de la PBE, con conocimientos teóricos y prácticos de la clínica, con habilidades para tutorizar en PBE y que facilite la mejora del cuidado del paciente y en sus resultados de salud implementando la PBE (Melnik y Fineout-Overholt, 2002; Wallen et al., 2010).

2.4.4. El ACE Star Model

El modelo ACE Star organiza los antiguos y los nuevos conceptos de mejora de la atención en su conjunto y proporciona un marco organizacional de los procesos y los enfoques de la PBE. Para Stevens, la transformación del conocimiento se produce cuando las evidencias propician una modificación en los resultados de salud en el cuidado del paciente. Este modelo toma su nombre «Star» (Stevens, 2004; Wallen et al., 2010), ya que cada una de las puntas de la estrella de este modelo abarca:

- La búsqueda de la investigación.
- El resumen de la evidencia.
- La transformación a la práctica de las recomendaciones dadas por la evidencia.
- La integración en la práctica.
- La evaluación de los resultados.

2.4.5. Un modelo para la aplicación práctica: DiCenso, Cullum, Ciliska y Guyatt EBP Model

Estas autoras no presentan un modelo tal y como se concibe, pero sí es cierto que en su libro aportan una serie de conceptos erróneos que se cometen comúnmente durante la fase de implementación de la PBE. Conociendo estos conceptos erróneos, *Misconceptions* en el término en inglés, se puede delimitar la forma de implementación de la PBE, por lo tanto, se puede reflexionar acerca de estos conceptos. Estos cuatro errores los definen como (DiCenso, Guyatt y Ciliska, 2005):

- 1) La PBE no tiene en cuenta las preferencias y los valores del paciente.
- 2) La PBE es ateorica.
- 3) La PBE solo se nutre con investigación cuantitativa.

4) La PBE pone demasiada atención en los ensayos controlados aleatorios y en las revisiones sistemáticas.

Los términos *valores y preferencias* del paciente van dirigidos a la involucración que los pacientes deberían tener, junto con los médicos, a la hora de tomar decisiones de gestión. De esta forma, estas decisiones deberían ser totalmente informadas, con una ponderación profunda por parte del paciente de los beneficios y los riesgos que provocan tomar ciertas decisiones. En cuanto a que la PBE es ateorica, las autoras defienden los cuatro patrones de conocimientos definidos por Carper en el año 1978, que las autoras enlazan con cada una de las partes que debe poseer un modelo de PBE para tomar decisiones clínicas. En lo referente al tercer error, es decir, que la PBE solo se nutre de investigación cuantitativa, defienden que la tensión entre la investigación cuantitativa y cualitativa está desapareciendo, haciendo patente que ambos métodos son cruciales para el avance de las disciplinas del área de la salud. Por último, se expone que siempre que sea posible, deben emplearse las revisiones sistemáticas, debido a la robustez metodológica que poseen (DiCenso et al., 2005).

Esta propuesta tal vez sea una de las más aplicables a la práctica clínica, dado que aporta unos puntos de inflexión que abocan a la reflexión de quien desea aplicar los resultados de la investigación a la práctica asistencial y permiten trazar una estrategia teniendo en cuenta los recursos disponibles.

La toma de decisiones basadas en este modelo depende de los siguientes factores: estado clínico del paciente, el entorno y las circunstancias en la que se halla inmerso (*Clinical state, setting and circumstances*); las preferencias del paciente (*Patient preferences and actions*); los resultados de la evidencia disponibles (*Research evidence*); los recursos sanitarios a los que se pueda acceder (*Health care resources*) y la experticia clínica del profesional que va a implementar el cambio (*Clinical Expertise*). Todos y cada uno de estos conceptos han sido tratados en los apartados anteriores.

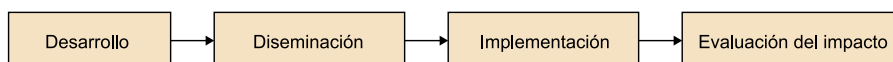
3. Las guías clínicas en salud

En el apartado anterior ya se ha introducido que el producto por excelencia para la implementación de la evidencia científica en la clínica son las guías clínicas. Según el Instituto de Medicina estadounidense las guías clínicas son declaraciones desarrolladas sistemáticamente sobre problemas de salud específicos, destinados a los profesionales de la salud y pacientes para tomar decisiones sobre la atención médica adecuada (Field y Lohr, 1992). Estas afirmaciones informadas sobre un tema de la salud proporcionan información sobre los beneficios, desventajas y riesgos de diferentes intervenciones disponibles en la asistencia sanitaria, así como de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes (Sanabria, Rigau, Rotaeche, Selva, Marzo-Castillejo y Alonso-Coello, 2015). Aunque la implementación de la guía clínica pueda llevarse a cabo por el profesional sanitario, el mismo paciente u otros actores interesados (*stakeholders*), como por ejemplo, políticos, equipo de gestión, organizaciones o consumidores, el objetivo final es la atención del paciente. En ocasiones, las guías clínicas pueden ir acompañadas, además, por un posicionamiento del organismo o grupo que la elabora con la finalidad de influir en diferentes actores relacionados. Según Sanabria et al. (2015) el éxito de la guía clínica depende del rigor en su elaboración, así como de las estrategias de diseminación, implantación y actualización. A continuación, mostramos algunos de los aspectos principales en la elaboración de guías clínicas con calidad.

3.1. Cómo realizar una guía clínica

El ciclo de vida de una guía de práctica clínica, según Shekelle et al. (1999), contempla cuatro fases, que incluyen su desarrollo, diseminación, implementación y evaluación del impacto. La creación de una guía clínica incluye la previsión de las acciones e instrumentos de diseminación de las recomendaciones, así como su implementación en contextos clínicos específicos, ya que tiene como objetivo tener un impacto en las prácticas clínicas. El desarrollo de la guía clínica y su calidad se encuentra íntimamente ligado a las preguntas clínicas que se pongan en cuestión.

Figura 4. Ciclo de vida de la guía de práctica clínica



Fuente: adaptado de Shekelle et al. (1999).

La guía clínica suele ser un documento en el que se detalla toda la información necesaria para aportar transparencia a su proceso de desarrollo, pero que también es rica en cuadros resumen con la finalidad de sintetizar la información.

Un recurso utilizado con frecuencia es concentrar las recomendaciones finales de la guía en una única sección, junto a la descripción en detalle del análisis realizado para llegar a estas recomendaciones.

La guía clínica para el manejo de pacientes con la enfermedad de Parkinson (2014) es un buen ejemplo de transparencia y síntesis, ya que agrupa las recomendaciones de tratamiento sanitario. Además, aporta información detallada sobre la relación de cada recomendación con su pregunta clínica, incluyendo una breve descripción sobre el estado de la cuestión, una breve descripción de las referencias que han sido valoradas, su relación con la codificación de calidad de cada estudio y el resumen final de la evidencias en formato redactado y en una tabla. Esta guía analiza un total de 16 preguntas clínicas sobre el tratamiento multidisciplinar del párkinson, que pese a extenderse a 160 páginas (incluyendo referencias), permite la localización ágil de las informaciones y recomendaciones derivadas de cada pregunta.

Lectura recomendada

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.

Otro buen ejemplo de guía clínica con un enfoque multidisciplinar en el campo de la salud es la guía de práctica clínica sobre el tinnitus (Tunkel et al., 2014). La guía define tres áreas de interés del tinnitus (evaluación, intervención y educación) sobre las que genera diferentes preguntas clínicas de las cuales se derivan diferentes acciones que hay que seguir. Estas a su vez son relacionadas con una descripción de las evidencias de apoyo y su calidad. Además, esta guía cuenta con numerosas tablas resumen, y con recursos gráficos como flujogramas y esquemas para ilustrar las recomendaciones.

3.2. La evaluación de la calidad de las evidencias

La evaluación de la calidad de las evidencias en torno a una pregunta clínica es uno de los aspectos fundamentales de las guías clínicas. La metodología GRADE se usa frecuentemente en las guías clínicas para evaluar la calidad de las evidencias y formular recomendaciones de la práctica clínica. Su uso supone la clasificación de la literatura según grados de confianza, es decir, identificar el efecto que tiene la intervención en la temática elegida. Del planteamiento de la pregunta clínica derivan unos resultados de interés, además de la población y la intervención que hay que evaluar. Esta estrategia de formulación de preguntas se conoce con el acrónimo PICO (paciente/intervención/comparación/desenlace; en inglés: *Patient, Intervention, Comparison, Outcome*). Esta metodología establece una clasificación de cuatro categorías de la calidad de la evidencia (calidad alta, moderada, baja y muy baja), que reflejan el gradiente de confianza en los resultados. Se consideran los ensayos clínicos aleatorizados como calidad alta y los estudios observacionales como calidad baja. Según Sanabria, Rigau, Rotaecche, Selva, Marzo-Castillejo y Alonso-Coello (2015) esta

Lectura recomendada

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.

Ved también

La evaluación de la calidad de la evidencia se trata en el módulo «Evaluación de la calidad de la evidencia».

Ved también

El tema de la definición de la pregunta clínica se trata en módulo «Definición de la pregunta clínica y la búsqueda de evidencia».

valoración tiene en cuenta las potenciales limitaciones de los estudios, como las limitaciones en el diseño y ejecución (riesgo de sesgo), los resultados inconsistentes, los resultados imprecisos, la ausencia de evidencia directa y el sesgo de publicación. En el módulo 4 sobre evaluación de la calidad de la evidencia se incluye información sobre la evaluación de evidencia cuantitativa, pero también la proveniente de estudios de metodología cualitativa y mixta. También, en la primera sección de este módulo se incluye información sobre la síntesis de evidencias cualitativas con ejemplos de revisión de la calidad de los estudios cualitativos revisados.

3.3. La evaluación de la calidad de la guía

¿Cuáles son los aspectos que definen la calidad de una guía clínica? Es decir, ¿qué factores determinan que la guía cumpla su objetivo y se pueda asegurar una elaboración rigurosa? Se han desarrollado algunos sistemas para evaluar la calidad de las guías clínicas, que pueden ayudar para determinar la aplicación de la guía. Una de las herramientas más prominentes es AGREE II framework¹. Según Peñalosa (2014), la iniciativa del Grupo Colaborativo AGREE (*Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe*) para evaluar la calidad del proceso de desarrollo de una guía de práctica clínica ha permitido disponer de un instrumento que evalúa la calidad de dicho proceso.

⁽¹⁾Grupo Colaborativo AGREE. *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument* (2001, septiembre): www.agreetrust.org

AGREE evalúa la calidad de la guía en torno a seis dominios:

1) Ámbito y objetivo de la guía. Indica el objetivo, las preguntas clínicas y describe la población objeto. También se debe tener en cuenta en la correspondencia de la pregunta clínica con los componentes apartados de la guía (selección de estudios, extracción de resultados o recomendaciones, entre otros).

2) Participación de los grupos de interés. La participación de los grupos de interés tiene en cuenta la descripción del grupo de desarrollo de la guía (disciplina, experiencia), así como la involucración de pacientes. Además, se valora positivamente que se haya realizado alguna prueba piloto previamente a su publicación.

3) Rigurosidad en el desarrollo. La rigurosidad en el desarrollo está relacionada con los aspectos mencionados previamente sobre la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión de las evidencias y cómo se han formulado las recomendaciones. En las recomendaciones se valora si están conectadas con las evidencias y si se valoran sus beneficios, efectos secundarios y riesgos.

4) Claridad y presentación. Las recomendaciones son específicas y apropiadas para las diferentes opciones del cuidado del paciente. Las informaciones clave son fáciles de localizar y se aportan recursos de resumen adaptados a diferentes públicos, por ejemplo, para los pacientes.

5) Aplicabilidad. La aplicabilidad hace referencia a la discusión sobre la aplicación de las recomendaciones con relación a los cambios organizacionales necesarios y a los costes. Asimismo, valoran si se tienen en cuenta unos criterios para monitorizar el uso de las guías.

6) Independencia editorial del grupo que elabora la guía. También se debe tener en consideración quién ha escrito y publicado la guía, por ejemplo, instituciones gubernamentales, instituciones académicas, colaboradores interdisciplinarios o proveedores. Aunque la fuente no tiene por qué ser un criterio de credibilidad, las recomendaciones pueden verse afectadas por la perspectiva de la autoría. Se valora como positivo que los miembros del grupo de la guía hagan una declaración de posibles conflictos de interés.

La divulgación de las guías clínicas, según Petticrew y Roberts (2006), para que sea efectiva debe formar parte de la implementación desde el comienzo. Los autores proponen realizar un plan de desarrollo e influencia de las políticas desde las primeras etapas de planificación, en colaboración entre profesionales de acción directa, investigadores y los propios usuarios. La Red Internacional de Guías (*International Guidelines Network*) es una comunidad que pretende mejorar la calidad de la atención sanitaria promocionando el desarrollo sistemático de guías, así como su aplicación en la práctica mediante la colaboración internacional. Algunos de los recursos más interesantes de su web son la biblioteca de guías o la sección de herramientas útiles para el desarrollo e implementación de guías (*International Guidelines Network*). También ver los recursos de la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

3.4. La adaptación de guías

Para beneficiarse de guías ya existentes, se ha desarrollado un método de adaptación de guías clínicas. ADAPTE² es un método sistemático para adaptar las guías a otro contexto cultural y organizacional.

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

4. Evaluación e investigación en PBE

En el campo de la salud es especialmente relevante realizar un muestreo o recogida de evidencias para conocer el estado de salud del paciente y realizar un seguimiento de la acción del tratamiento. La evaluación del progreso del paciente, por tanto, es parte intrínseca de la competencia del profesional sanitario. Del mismo modo, la evaluación forma parte de la implementación de la PBE. A continuación, analizaremos las diferencias en la conceptualización de la evaluación según diferentes autores, y sus implicaciones en la acción clínica basada en evidencias.

Existen modelos de la PBE que no incluyen la evaluación de los resultados como una fase diferenciada, ya que consideran que la evaluación del cambio y de la mejora de la intervención es un aspecto integral de la buena práctica profesional. Drisko y Grady (2012) argumentan que las opciones de registro de datos (cuantitativos o cualitativos) en contextos clínicos se limitan a diseños de caso único, siendo de gran dificultad realizar diseños de mayor complejidad (con un gran número de participantes, en los que se define con detalle el problema, asignación aleatoria o control/comparación de grupos). Por este motivo, recomiendan que se incluya la evaluación del progreso de cada cliente como parte del tratamiento de un buen profesional, pero no lo incluyen como parte del modelo de PBE. No obstante, la gran mayoría de modelos de la PBE incluyen la evaluación como un aspecto relevante al que le proporcionan un mayor o menor peso.

La presencia de la investigación y su relación entre el proceso de evaluación varía según los diferentes modelos. Algunos modelos de PBE, como el modelo Iowa, incluyen la investigación dentro del proceso de PBE. Ver el flujograma de toma de decisiones del modelo Iowa en la sección «Marcos teóricos de implantación de la PBE». Este modelo propone que una vez realizada la síntesis de informaciones se debe decidir si hay suficiente evidencia. En caso positivo, propone conducir un piloto del cambio en la práctica clínica, que incluye acciones como seleccionar los resultados esperados; recoger datos base de comparación; diseñar guías de PBE; implementar PBE en unidades piloto; realizar la evaluación de procesos y los resultados, y modificar las guías clínicas. En caso de no haber suficiente evidencia, los autores proponen que la práctica se base en otros tipos de evidencia (casos, opinión de expertos, principios científicos o teorías) o realizar una investigación ya que no existen evidencias suficientes.

Otras perspectivas consideran que la investigación es parte intrínseca de la PBE. Según la declaración de posicionamiento respecto a la PBE de la American Speech-Language-Hearing Association (2005), realizar práctica clínica basada en evidencias, entre otros, incluye evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia de los protocolos clínicos de prevención, tratamiento, así como supervisar e

incorporar investigaciones nuevas y de alta calidad de evidencias que tenga implicaciones para la práctica clínica. En este sentido, a diferencia de Drisko y Grady (2012), algunos autores plantean factible la implementación de investigación con el uso de diseños experimentales complejos aplicados al contexto clínico o educativo (Ebbels, 2017). Se debe tener en cuenta que para realizar una investigación aplicada en contextos clínicos y educativos se necesita que esta sea parte de los objetivos de la institución, una buena programación anticipada, profesional con conocimiento en investigación y un equipo motivado a participar en el proceso de investigación. El caso 3 motiva una situación en la que se realiza una investigación clínica como una forma de PBE.

Caso 3. El desierto es una fuente de fertilidad

Dicen que ya todo está inventado. Sin embargo, después de realizar búsquedas exhaustivas de evidencias sobre un tema de mi clínica, he llegado a la conclusión de que no existen estudios que respondan a mi pregunta. He encontrado algunos estudios que se aproximan a la temática pero con otra población mucho más investigada. Asimismo, he encontrado estudios sobre este tema pero desde una perspectiva profesional diferente a la mía. Es cierto que un estudio se aproxima bastante a mi interés, pero las tareas se han aplicado en un contexto de intervención muy controlado, casi de laboratorio, y en mi contexto es necesario adaptar estas tareas. Me planteo generar nuevas evidencias sobre la base de estudios previos, recogiendo otras evidencias de tipo cualitativo que se pueden ajustar a las necesidades de mi contexto. Voy a buscar sinergias de la dirección de mi centro y a formar un equipo de trabajo.

La implementación de las mejores evidencias disponibles, en ocasiones, no resulta posible. Puede darse la situación en la que un área de investigación sea limitada y necesitemos avanzar el conocimiento con una nueva pregunta de investigación para progresar en la práctica clínica. Generar nuevas evidencias en el contexto clínico es otra forma de PBE.

Robey, Apel, Dollaghan, Ellmo, Hall, Helfer et al. (2004) reconoce que uno de los retos actuales es que la PBE sea útil para los centros de trabajo actuales. Este autor afirma que una consecuencia de la PBE es la expansión de literatura científica dirigida con gran prioridad a resolver preguntas clínicas, aspecto que tiene un mayor impacto en la visibilidad de la comunidad. Este autor propone que los nuevos diagnósticos y protocolos de intervención sean sistemáticamente evaluados dentro de los modelos de investigación clínica:

- Estudios exploratorios (fase I de la investigación).
- Estudios de viabilidad (fase II de la investigación).
- Ensayos clínicos (fase III de la investigación).
- Investigación de la efectividad (fase IV de la investigación).
- Investigación del coste-efectividad e investigaciones sobre la satisfacción del cliente (fase V de la investigación).

Una muestra de la relación entre la investigación y la PBE es la existencia de revistas científicas que tienen como objetivo publicar estudios que tengan impacto clínico, como *Implementation Science*, *Journal of Collaborative Healthcare and Translational Medicine* o *Public Health Research and Practice*.

En conclusión, el consenso general es que cualquier implementación de la PBE incluya una recogida de medidas base previas al inicio de la intervención, que sirva como medida de referencia, seguida de medidas periódicas de seguimiento para supervisar el cambio (Doody y Doody, 2011; Maglione, Gans, Das, Timbie y Kasari, 2012). Este tipo de recogida de evidencias probablemente corresponda con los diseños 1, 2 y 3 de la figura 1 sobre diseños experimentales en estudios de intervención. Este tipo de diseños pueden presentar diferentes problemas metodológicos, como aspectos de desarrollo de las habilidades del paciente, entre otros. El diseño experimental más sencillo que cuenta con un período de control de los aspectos de maduración es el diseño intrasujetos (línea de base única) (ver figura 1). Este diseño obtiene tres momentos de evaluación, con al menos dos momentos de medida antes de que comience la intervención, que se define como período base. El período base permite obtener información sobre el tipo de progreso (control de aspectos de maduración e historia personal) de los participantes previa a la intervención. Este tipo de control experimental requiere planificación previa, ya que la duración debe ser similar a la del período de intervención. La comparación entre las tres medidas deberá ser similar si no hay efecto de intervención. Sin embargo, habrá un efecto de intervención, si se genera un cambio entre las medidas del período base y del período de intervención. Ampliar información sobre diferentes diseños experimentales de intervención, su grado de control y las limitaciones metodológicas propias a cada uno en Ebbels (2017).

Bibliografía

- Athanasidou, T. y Darzi, A. (Eds.). (2011). *Evidence synthesis in healthcare: a practical handbook for clinicians*. Londres: Springer Science y Business Media.
- Booth, A., Papaioannou, D., y Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. Los Ángeles: 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., y Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing. A guide to Clinical Practice*. Elsevier-Mosby.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J., y 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. y 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., y Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*.
- Drisko, J. W. y 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., y 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. y Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients [en línea]. *BMJ*. <<https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>>.
- Field, M. J. y 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., y Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews*. Sage.
- Hoch, D. y Ferguson, T. (2005). *What I've Learned from E-Patients*. PLoS Medicine.
- Logan, J. y 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., y Kasari, C. (2012). Nonmedical interventions for children with ASD: Recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics*, 130 (Supp. 2), S169-S178.
- McCluskey, A. y Cusick, A. (2002). Strategies for introducing evidence-based practice and changing clinician behaviour: A manager's toolbox. *Australian Occupational Therapy Journal*.
- Melnik, B. y 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. y 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. y Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA / Oxford, UK, Victoria, Australia: Wiley-Blackwell.

Pope, C., Mays, N., y 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., y Orts Cortés, M. I. (2015). Implantación de la evidencia científica. En 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 línea).

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. y 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., y 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., y 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., y 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. Recuperado de <<https://portal.guiasalud.es/>>.

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., y 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 línea]. Versión 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, septiembre). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. <www.agreetrust.org>.

Thomas, J. y 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., ..., y Henry, J. A. (2014). Clinical practice guideline: tinnitus [en línea]. *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., y Hastings, C. (2010). Implementing evidence-based practice: Effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*.

Wisnburn, B. y 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 línea]. 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. y 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.

