

Implantación de la evidencia en la práctica: compleja, polifacética y multicapa

Debra Bick¹ , Yan-Shing Chang²

Durante las últimas dos décadas, los académicos, los prestadores de servicios médicos e inversores, los responsables políticos y quienes tienen acceso a nuestros servicios de salud han reconocido la necesidad de asegurar que las organizaciones, sistemas y prácticas de servicios médicos estén basadas en la evidencia. Los vectores para una práctica basada en la evidencia demuestran muy claramente que la implantación de una atención, que sea clínica y rentable, podría reducir la variación en los resultados de la atención médica, hacer mejor uso de los recursos finitos de la asistencia médica y financiar los sistemas de salud en los que los clínicos y los pacientes toman decisiones de gestión de manera compartida de acuerdo con la mejor evidencia.

Desde que, en 1996, Sackett et al.⁽¹⁾ publicaron su comentario en el British Medical Journal, en el que presentaban su definición de medicina basada en la evidencia, los informes, artículos y directrices de manera semejante están reflejando la toma de decisiones clínicas y la traducción de la evidencia en práctica como un proceso lineal, es decir, un paciente tiene una necesidad de salud que discute con un profesional de atención a la salud⁽¹⁾. Dicho profesional tiene en cuenta una intervención basada en la evidencia, un fármaco o una terapia que podrían atender la necesidad de salud. Se toma la decisión compartida, se pone en marcha la intervención y se atiende la necesidad de atención a la salud. Sin embargo, esa visión sencilla está lejos de la realidad y complejidad de nuestras relaciones cotidianas con los pacientes y sus familias en situaciones clínicas de la vida real. Además, en muchas áreas de la atención a la salud, luchamos por encontrar evidencias para apoyar la toma de decisiones, ya que muchos resultados de investigaciones fallan en brindar un logro que merezca la pena para sus usuarios en cuestión, llevando a lo que se ha descrito como desperdicio de investigación⁽²⁾.

Aquellos de nosotros que hemos trabajado con estudios de intervención sabemos muy bien que una vez interrumpida la intervención de investigación activa, la práctica muy a menudo vuelve a ser lo que era antes. Eso puede ocurrir por innumerables razones, incluyéndose la débil diseminación de los hallazgos, otras prioridades de salud concurrentes o muy pocos recursos o motivación para llevar a cabo y mantener los cambios en la práctica. Igualmente, tenemos poca información sobre si las diferencias en los resultados de interés realmente ocurrieron como se pretendía, o si hubo impactos adicionales y no pretendidos de cambios en la práctica.

Por ejemplo, en el Reino Unido, la evidencia para restringir la episiotomía de rutina en los partos vaginales fue implantada de acuerdo con ensayos clínicos que descubrieron que esta no brindaba ningún beneficio protector la salud de las mujeres⁽³⁾. Restringir la episiotomía era algo bueno, ya que no debemos implantar una atención innecesaria o potencialmente dañosa. Sin embargo, una consecuencia inesperada es que a las estudiantes de asistencia al parto en el Reino Unido ya no se les exige llevar a cabo la episiotomía en su entrenamiento, por lo que ellas seguramente ya han perdido las habilidades y competencias para saber cuándo está indicada una episiotomía y cómo realizar una incisión quirúrgica correcta⁽⁴⁾. Como consecuencia, las mujeres pueden tener más traumas perineales espontáneos severos que podrían haberse prevenido si se hubiera realizado una episiotomía correctamente. Ese es un ejemplo de un área de la práctica, pero subraya la complejidad de la implantación y la necesidad de investigaciones primarias y secundarias para informar cómo debemos evaluar la implantación y el mejor momento para hacerlo.

Como actualmente no hay un solo método recomendado para respaldar la implantación exitosa de la evidencia en la práctica, y existe incertidumbre acerca de la validez de las herramientas desarrolladas por los autores de las directrices para respaldar la implantación de su guía⁽⁵⁾, ¿cómo pueden los estudios de planificación de los grupos de investigación reducir el desperdicio de investigación e influenciar la implantación para posiblemente hacer una diferencia positiva? Se está cada vez más reconociendo como ingenuo asumir la implantación automáticamente después de la publicación del estudio y de los resultados de mejora en los pacientes⁽⁶⁾.

Una etapa importante es asegurar que el intervalo de evidencia que deseamos encontrar es de la más alta prioridad para los usuarios finales que pretendemos para la evidencia creada. Eso podría incluir a los pacientes, clínicos, administradores de los servicios de salud o responsables políticos. La involucración con esos grupos necesita estar presente desde el inicio mediante la formulación de la encuesta, puesto que el hecho de fallar al hacerse las preguntas correctas probablemente no generará los hallazgos que se desea que hagan la diferencia.

En el Reino Unido, iniciativas como The James Lind Alliance (<http://www.lindalliance.org>) están funcionando para congrega a pacientes, cuidadores y clínicos a fin de identificar y priorizar las incertidumbres, o preguntas sin respuestas, acerca de los efectos de los tratamientos que consideran ser los más importantes, lo que es una información relevante para asegurar que los financiadores de las investigaciones sepan lo que importa para los pacientes y clínicos. Ese abordaje podría asegurar que los desarrollos en las investigaciones involucren a todos los actores relevantes y está enfocado en decisiones clínicas reales a fin de brindar un impacto en los resultados que interesan.

¹ MMedSci, PhD, Profesora de Prácticas de Asistencia al Parto Basadas en la Evidencia, King's College London, Londres, RU. debra.bick@kcl.ac.uk

² BA, MPhil, PhD, Investigador Asociado, King's College London, Londres, RU. yan-shing.chang@kcl.ac.uk

Así como hacer las preguntas del estudio correctas, también necesitamos asegurar que incluyamos los resultados del estudio más apropiados, medidos y valorados desde el punto de vista de los usuarios pretendidos de nuestra investigación. ¿Son nuestros resultados de interés más relevante para los clínicos, por ejemplo, para mejorar sus habilidades quirúrgicas o actitudes durante las consultas de sus pacientes? ¿Estamos mirando el ahorro de los recursos de la atención a la salud? ¿Anhelamos mejorar la salud, la satisfacción o la experiencia del paciente en el corto y largo plazo?

Como clínicos, a menudo asumimos que sabemos cómo los resultados de estudios primarios deberían ser, no obstante los usuarios de los servicios de salud son realmente los expertos en saber cuáles resultados tienen la mayor prioridad, subrayando que al planificar la investigación necesitamos considerar a nuestro público. En nuestro reciente ensayo de reparación perineal⁽⁷⁾, como clínicos asumimos que el dolor sería el resultado más importante para las mujeres que tuvieron un desgarro de segundo grado o una episiotomía. Cuando les preguntamos a las mujeres que experimentaron esos resultados perineales cuáles eran sus prioridades, ellas estaban más preocupadas de la infección de la herida perineal. El dolor era una preocupación secundaria.

Más organismos financiadores de investigaciones nacionales e internacionales están pidiendo a los grupos de investigación que consideren en sus aplicaciones cómo los hallazgos de los estudios serán diseminados e implantados. Quisiéramos también sugerir que los financiadores necesitan considerar cómo mejor evaluar los resultados de la implantación de la práctica basada en la evidencia que considera el ciclo completo de la implantación⁽⁸⁾. La implantación de la evidencia es compleja, polifacética y multicapa, y las intervenciones necesitan reflejar y tener en cuenta el contexto, la cultura y la facilitación para respaldar y mantener el uso de la investigación. Lo que está claro es que necesitamos someter la evaluación de los resultados de la implantación al mismo nivel de rigor de otras intervenciones y procedimientos del llamado movimiento de la medicina basada en la evidencia. Necesitamos también más trabajos metodológicos para saber cuándo, dónde y cómo valorar los resultados del uso de las investigaciones.

Referencias

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes B, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
2. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagle U, Chalmers I, Ionnidis JPA, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014; 383 (9912):101-4.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000081.
4. Bick D. Evidence based midwifery practice: take care to mind the 'gap' [editorial]. *Midwifery*. 2011;27(5):569-70.
5. Flodgren G, Eccles MP, Grimshaw J, Leng GC, Shepperd S. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug.
6. Bick D, Graham I. The importance of addressing outcomes of evidence based practice. In: Bick D, Graham I, editors. *Evaluating the impact of implementing evidence based practice*. London: Wiley Blackwell; 2010. Chapter 1.
7. Ismail K, Kettle C, Tohill S, Macdonald S, Thomas P, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Med*. 2013;11:209.