



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

Cómo mejorar los cuidados de salud: la importancia de la implementación



How to improve health care: The importance of implementation

José María Rumbo-Prieto^a y Ángel Alfredo Martínez Ques^{b,*}

^a Cuidados, Investigación e Innovación, Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, Ferrol, La Coruña, España

^b PAC de Castro Caldelas, Gerencia de Gestión Integrada de Ourense, Castro Caldelas, Ourense, España

La transferencia del conocimiento basado en la evidencia (*knowledge translation*), a la práctica para mejorar los cuidados de salud, es considerada un proceso básico y sistemático. Este proceso incluye la publicación o divulgación de las mejores recomendaciones para disminuir la variabilidad clínica e incertidumbre de los profesionales, como las contenidas en las guías de práctica clínica (GPC), las vías clínicas y los protocolos basados en la evidencia. Y también, comprende la identificación de aquellos elementos o condicionantes que pueden facilitar o dificultar su implementación, para modificar aquellas prácticas consideradas inseguras o adversas para el paciente y/o la calidad asistencial^{1,2}.

Además, el interés por la investigación en implementación (IEI) ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas. Una consulta simple en la base de datos PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.) con los términos «*implementation research*» o «*implementation science*» es suficientemente ilustrativa. Desde el año 2000, el número de registros que atienden a los términos de *implementation research* se han multiplicado por 8 en 15 años, mientras que para el término *implementation science* en

ese mismo periodo, se han multiplicado por 17. En el caso de nuestro país, cabe esperar un comportamiento similar, aunque con unos años de demora, como ha ido sucediendo en el caso de la práctica basada en la evidencia (PBE).

Es por ello que, hoy en día, se impone la necesidad de trabajar en un contexto (institucional, social, político, etc.) que posibilite ese proceso de traslación de conocimientos, conocido como «implementación de la evidencia». Un contexto donde las estrategias de intervención resulten efectivas y eficientes para culminar con éxito el cambio de la «rutinización» de la práctica cotidiana³, y donde los profesionales se sientan motivados para promover y aplicar buenas prácticas, como parte del cambio cultural hacia la excelencia de los cuidados.

Pero, para alcanzar ese objetivo (implementar la evidencia), también es imprescindible conocer cuáles son los términos y conceptos que nos guían, y la razón de su importancia. Actualmente, en la literatura científica, podemos encontrar referencias similares a 2 teorías y modelos muy distintos entre sí, a nivel funcional y conceptual, como son las estrategias de «implementar» y el de «implantar»⁴. Sin entrar en mucho detalle, ya que es tema de estudio de un artículo especial contenido en este mismo número de la revista ENFERMERÍA CLÍNICA, nos centraremos en comentar en este editorial la importancia de la implementación desde el enfoque del paradigma de la PBE y, lo definido en el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) referente al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angel.alfredo.martinez.ques@sergas.es (Á.A. Martínez Ques).

término *implementar* como: «Poner en funcionamiento o aplicar métodos, medidas, etc., para llevar algo a cabo»⁵.

Florence Nightingale, a través de sus investigaciones epidemiológicas, fue la primera en observar la importancia de conocer el resultado de cada intervención para poder planificar unos cuidados más efectivos. Para ello, trató de incorporar las evidencias procedentes de la investigación, y de diferenciar entre lo científicamente comprobado y lo que no. Luego, lo implementaría en la práctica asistencial para la toma de decisiones, combinando la evidencia con la experiencia, y de esta manera legitimar a la enfermería como profesión.

La aplicación de la PBE da lugar un proceso sistemático de búsqueda, evaluación y aplicación de los resultados de la investigación más actual (evidencia), que contribuye a la toma de decisiones en momentos de incertidumbre, en función de las preferencias del paciente, la experiencia del profesional (evidencia interna) y los recursos sanitarios y socioeconómicos disponibles. El proceso de la PBE se desarrolla en 5 fases, siendo la penúltima (4.ª fase), la denominada de *implementación* de los resultados, lo que lleva implícito transferir la evidencia de la investigación a la decisión clínico-asistencial o de gestión.

Así mismo, la implementación de los resultados de la investigación de enfermería es un problema conocido y persistente en el tiempo⁶. El identificar y disponer de las mejores recomendaciones no lleva implícita la aplicación de esta evidencia. Para que la evidencia se aplique en la práctica, se deben asumir cambios en las conductas, y para que la utilización de la investigación persista, los cambios en las conductas se deben mantener en estado dinámico. Estamos hablando de «*modificar la distancia que existe entre lo que se conoce y lo que se hace*»⁶, pero, siempre después de verificar que «*lo que sabemos, es lo que debemos hacer*». Lograremos con ello unos cuidados de calidad y una práctica basada en la excelencia, o lo que es lo mismo: «*Dime que conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas, y te diré que clase de cuidados das*»⁷. De esta forma, la implementación de la evidencia, se podría entender como «un plan estratégico con la finalidad de desarrollar un programa con la capacidad de cambiar la práctica asistencial (para mejorarla, innovarla) e influir positivamente en los profesionales para hacerlo de forma sistemática».

Lomas⁸ identificó 3 modelos o fases de la transferencia de conocimientos que son los que generalmente se están utilizando en nuestro sistema de salud para implementar la mejor práctica a los cuidados de salud. Por un lado, estaría el modelo de difusión pasiva (*passive diffusion model*), en la que los propios profesionales sanitarios, una vez leída y conocida la existencia de la evidencia (ya sea por cursos de formación continuada, por la difusión recordatorios periódicos en forma de correos o carteles explícitos), incorporan de forma natural e individual esos conocimientos a su práctica habitual. Pero, en realidad, se ha demostrado que este método tiene poco impacto sobre la transferencia del conocimiento a la práctica entre los profesionales, no recomendándose como único modo para implementar las evidencias de forma permanente y duradera^{6,9}.

Otro modelo identificado sería la diseminación activa (*active diffusion model*). La transferencia de nuevos conocimientos para la práctica está influenciada por el conocimiento preexistente y la experiencia del profesional,

siendo su acción intencional necesaria para promover el cambio que se busca con la implementación. En este caso la transferencia del conocimiento se logra a través de la participación colaborativa en grupos, talleres, etc., a través de los cuales se fomentan las discusiones, la síntesis y lectura crítica de los resultados (sirvan como ejemplos las iniciativas llevadas a cabo por la Colaboración Cochrane y el Instituto Joanna Briggs), siendo posteriormente ese conocimiento implementado y diseminado al resto de los profesionales de forma proactiva. Este método parece ofrecer mejores resultados que el anterior, pero tampoco es suficiente para lograr cambios de conducta a nivel general, al no tener en cuenta los factores externos (limitaciones). Entre los factores externos a considerar se encuentran el contexto cultural (educación, intereses), la organización (misión, visión, reglamentación), los recursos (humanos y económicos), la toma de decisiones y las consecuencias de la implementación^{6,9}.

El tercer modelo tiene que ver con la implantación coordinada (*Coordinated Implementation Model*). Es el considerado actualmente como el modelo ideal, ya que combina los 2 modelos anteriores. Adopta la forma de plan de implementación, organizado sistemáticamente, y que tiene en cuenta los principales factores condicionantes internos y externos (barreras y facilitadores) que pueden competir con el contexto y las personas. La estrategia de implementación tiene en cuenta las actividades, los recursos y, sobre todo, las expectativas e intereses de, al menos, 4 grupos de interés posibles (la comunidad, los profesionales clínicos, los gestores y los responsables políticos). Cabe resaltar que, para que el cambio de la práctica cotidiana se realice de forma efectiva, es imprescindible que exista un entorno de colaboración, cooperación e igualdad, donde la suma de los beneficios sea mayor que la de sus partes de forma individual. Este modelo sostiene que los pacientes, ya sea como individuos o grupos, pueden y deben también influir en las decisiones clínicas^{6,9,10} (ejemplo de ello sería el caso de la elaboración de las GPC¹¹ o de los programas de implantación sobre la eSalud).

A parte de los 3 modelos citados, hoy en día, en el panorama actual están surgiendo otros muchos que, en función de la evidencia, requieren adaptarse a contextos y situaciones más específicas, que permitan implementar de una forma más eficaz, si cabe. Un caso frecuente es de la implementación de las recomendaciones de las GPC, para las cuales se promueven como modelos más idóneos, teniendo en cuenta los factores del contexto sanitario español, el modelo inglés de la síntesis de Greenhalgh et al., sobre la difusión de las innovaciones y, el modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS), basado en la implementación de programas de salud¹.

En definitiva, las características de los diferentes contextos clínicos (primaria, hospitalizada, socio-sanitaria), la diversidad de entornos culturales (nivel de educación, descentralización del sistema sanitario, diferentes intereses) y, la percepción del liderazgo que desempeña la enfermería de nuestro país (baja influencia en la toma de decisiones), tanto a nivel local como nacional, son factores condicionantes que hacen que la implementación de evidencias en la práctica diaria de enfermería no sea considerado una necesidad prioritaria, ni tampoco un proceso fácil de llevar a cabo en entornos poco competitivos o de innovación. Aun

así, la experiencia recogida hasta ahora¹²⁻¹⁴, lo caracteriza como un proceso flexible y dinámico, para el cual se requiere invertir grandes dosis de energía y largas horas de estudio y constancia.

Es preciso un cambio de cultura que implique a las organizaciones sanitarias y profesionales. La implementación de buenas prácticas requiere de un proceso sistemático, en el que el contexto en el que se desarrolla es fundamental. De esta forma se conseguirá motivar a los profesionales y romper con las barreras que impiden la implementación de evidencias¹⁵. Hay que tener presente que, a menudo, los cambios son vistos como un problema, y no como parte de la solución. La implementación de evidencias se perfila como un factor a tener en cuenta para la mejora de los cuidados.

Bibliografía

- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2009, 2007 [consultado 4 Oct 2016]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/actualizacion/documentos/manual_actualizacion.pdf
- May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: The normalization process model. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:148.
- Granados-Matute AE, Cejudo-López A, Vega-Fernández VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia*. 2014;11 [consultado 4 Oct 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev9328.php>
- Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2007.
- Implementar. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: Real Academia Española (RAE); 2014 [consultado 4 Oct 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=L4RvR9q>
- Subirana-Casacuberta M, Ezquerro-Rodríguez O. Implementación. Aplicación en la práctica de la evidencia. En: *Enfermería Basada en la Evidencia Hacia la excelencia en los cuidados* Material didáctico de apoyo para profesionales de Enfermería. Difusión Avances de Enfermería (DAE). 2004:111-22.
- Díaz Sánchez V, Álvaro Noguera M, Campo Cecilia E, Saavedra Sánchez F, Cabrera Artacho MD. El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *NURE Investig*. 2007:1-18.
- Lomas J. Retailing research: Incrementing the role of evidence in clinical service for childbirth. *Milbank Q*. 1993;71:439-75.
- Stichle JF. Knowledge transfer through dissemination. *HERD*. 2011;4:17-22.
- Sudsawad P. Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures [Internet]. Austin (Texas): Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research; 2007 [consultado 4 Oct 2016]. Disponible en: http://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ktmodels/ktintro.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines. 2.^a ed. Toronto: RNAO; 2012.
- Abad-Corpa E, González-María E, Moreno-Casbas MT, por el Grupo Investén-ISCI. Del fomento de la investigación en cuidados a la implantación de resultados en la práctica clínica. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2014;39:2-4.
- Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río-Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin*. 2011;21:275-83.
- Grispun D. Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enferm Clin*. 2011;21:1-2.
- Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2013;23:279-83.