

Información, evidencias e investigación traslacional

La preocupación por trasladar los hallazgos relevantes de la investigación a la práctica no es un tema nuevo en nuestros días. Alcanzarlo es una obsesión que ha consumido abundante literatura científica intentando explicar los motivos que le afectan y, tras ellos, encontrar soluciones o alternativas. Lo que sabemos es que, todavía hoy, las nuevas investigaciones tardan años en implementarse en la práctica clínica.

Se plantea que una de las principales causas es la falta de información. La era de la información, Internet, proporciona un escenario ideal para salvar este obstáculo. La Red nos trae no información, sino mucha información, tanta que es difícil distinguir entre la buena y la no tan buena. El exceso de cualquier bien produce saturación y se acompaña de mucha basura o producto defectuoso.

Para saltar por encima de este problema, el de la sobreinformación desmesurada, se desarrolló un proyecto destinado al filtrado de esa información y su clasificación bajo parámetros de excelencia expresada en rigor científico y validez. Este proyecto terminó convirtiéndose en lo que se ha venido a denominar Práctica basada en Evidencias (PBE). En ella se nos presenta la investigación aplicada, que responde a problemas clínicos concretos y que aporta evidencias que ayudan a tomar decisiones juiciosas sobre el cuidado de cada paciente (1).

El problema no obstante seguía vigente. Trasladar la investigación a la práctica no se resuelve con información. Requiere de un escenario. Ese escenario se denomina cultura. Y al sustantivo cultura le añadiremos cualidades: cultura organizacional, cultura del cambio, cultura institucional, cultura profesional, cultura del liderazgo. Estar en posesión de evidencias es sensacional, pero de poco o nada sirven si la cultura, en su sentido extenso, contexto y protagonistas, no es proclive a la implementación estructurada y juiciosa. Porque el asunto es que saber, lo que es saber, sabemos mucho; conocer, lo que es conocer, conocemos mucho; información relevante, lo que es información relevante, tenemos en abundancia; evidencias válidas y útiles, las tenemos en cantidades in-

industriales, de lo que carecemos es de la traslación a la vida real de todo eso. La transferencia del artículo científico a la cabecera del paciente presenta una enorme falla de solución de continuidad.

Pero podemos irnos un poco más atrás, no en el tiempo, sino en el proceso de producción del conocimiento basado en investigación, a otro escenario previo al descrito. Ese escenario nos conduce a la investigación traslacional (palabra que no aparece en el Diccionario de la Lengua Española).

La investigación traslacional no está relacionada *sensu stricto* con la práctica basada en investigación o con la práctica basada en evidencias. Retrotrae el problema de la transferencia de conocimiento a la investigación básica para conectarla con la práctica clínica. Se nos presenta como un medio para trasladar los resultados de la investigación básica (genética, molecular, celular, química, farmacológica, etc.), es decir experimental de laboratorio, al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades (2,3). Como señala ML Clark (2), la cuestión es acercar el laboratorio a la cabecera del enfermo (*bench to bedside*).

Esta misma autora hace un excelente análisis semántico y gramatical de la *investigación traslacional* a partir del significado del concepto anglosajón *traslational research*, y que permite diferenciarlo de la investigación aplicada (*applied research*), amén de justificar la adopción de un nuevo neologismo. (2)

La pregunta que nos formulamos sería: ¿Cómo lograr que resultados relevantes obtenidos por el investigador en estudios de laboratorio lleguen en poco tiempo al médico que ensaya con pacientes?, o ¿Cómo acercar la investigación básica a la investigación clínica? Pero también: ¿Cómo aproximar la investigación clínica a la investigación básica? El problema, por tanto, aparece en ambos sentidos: acercamiento mutuo de laboratorio y clínica, lograr que los problemas de los clínicos lleguen a la mesa del laboratorio del investigador para que éste no se abstraiga con cuestiones de menor relieve clínico; y alcanzar el logro de que las soluciones del investigador de laboratorio puedan llevarse a la clínica precozmente (2,3). En síntesis, que ambas dimensiones de la investigación vayan de la mano y trabajen simultáneamente, coincidiendo en el tiempo y permitiendo el enriquecimiento mutuo.

*Doctor por la Universidad de Alicante. Matrona clínica. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén.

**Enfermera clínica. Hospital Ciudad de Jaén.

A fecha de hoy no tenemos claro cómo lograrlo de forma sistemática, aunque las barreras son muchas. La primera de ellas, si nos referimos sobre todo a los nuevos medicamentos es evidente: la seguridad. Es muy arriesgado hacer que un medicamento salte de la experimentación animal o humana controlada a la cabecera del enfermo. Es verdad que se puede reducir el intervalo de tiempo entre un ensayo en fase I y III y para esto sí hay propuestas: establecer relaciones directas y fluidas entre los grandes centros asistenciales, Hospitales Universitarios, y los centros de investigación básica (2-5), que hagan posible, por ejemplo, una rápida selección de pacientes válidos (6).

En España el matrimonio mixto entre centros de investigación básica y centros asistenciales se ha intentado realizar mediante los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) y las RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa). El hecho, al final, es que estas Redes presentan multitud de problemas: tamaño, financiación, burocratización, descoordinación, rigidez, etc. (7). Y estos problemas no son nuevos, ni en España ni fuera de ella. En un estudio presentado por Weston y cols., centrado en el análisis mediante encuesta de la colaboración interdisciplinaria y la investigación traslacional en varias decenas de centros clínicos y de investigación básica de Estados Unidos, se observó: (a) que la investigación traslacional provoca preocupación e incertidumbre, (b) que tiene una compleja regulación, (c) que las aportaciones individuales tienen poco reconocimiento y son más arriesgadas, y (d) que la financiación está menos asegurada. En este estudio alrededor de la mitad de los investigadores clínicos y básicos reconocen colaborar entre sí (7).

Y las enfermeras, ¿qué tienen que ver con esto? Es decir, qué tiene que ver la investigación básica, molecular, pongamos el caso, con la práctica de las enfermeras.

La primera es una buena pregunta y de ahí los párrafos de este artículo dedicados a la PBE, pero la segunda es contundente y taxativa. Traslacional (*translational*), por seguir con la primera pregunta, se vincula, la vinculan las enfermeras en algunas ocasiones, a traslación de hallazgos de la investigación a la práctica, a implementación (7). En España es el caso del Grupo Investen.

Y cuando las enfermeras hablan de *translational research*, lo que encontramos es silencio, acaso algo de murmullo. Esta esfera se reserva a los científicos, en nuestro caso, a un tipo particular de enfermera, la enfermera científica. ¿Y cuál es su aportación si no tiene como actividad principal la investigación de laboratorio? Pues está claro, como señalan Grady y Woods (7,9), la colaboración. Porque, siguiendo a Grady (7), es evidente que la investigación traslacional requiere de nuevas formas de pensar y de trabajar, y mucho esfuerzo, trabajo, y estudio, y más estudio, y aquí sí tiene cabida la enfermera científica, termina diciendo la autora.

Revisada la documentación disponible sobre traslacional, *translational research*, *translational*, y *nurse scientists*, permítasenos decir que esta investigación no es un campo de actividad preferente de las enfermeras, es posible que ni siquiera marginal. Verdad es, no obstante, que las enfermeras no están ausentes en el mismo, por cuanto el diseño y la estructura para que este tipo de investigación funcione se basa en la colaboración de grandes centros y entidades, sean públicos o privados, sean clínicos, docentes y/o de investigación, donde, como es normal, encontraremos enfermeras. Y las pruebas de que esto es así, son (1) la escasez de literatura sobre el tema, y el tiempo transcurrido desde que se comenzó a hablar de la investigación traslacional en el mundo de la ciencia, hasta que las líderes de enfermería consideraron que era un campo relevante para la enfermería.

Bibliografía

- Gómez Salgado J. Hacia la excelencia mediante la evidencia: reflexiones sobre la necesaria incorporación de la investigación en el desarrollo competencial de la enfermería. *Enfermería Docente*. 2010; 91: 2-4.
- Clark ML. Fichas de MedTrad: translational research. FICHA N° 11 : translational research. Panacea@. Vol. IV, n.o 11, marzo del 2003. En: <http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-tradytermclark.pdf> [Consultado: 28/02/2011]
- Salomone MG. Investigación traslacional en España: ¿algo más que buenos deseos? *Boletín SEBBM* 145 | Septiembre 2005. En: <http://www.sebbm.com/pdf/145/i145.pdf> [Consultado: 28/02/2011]
- Ros Mendoza LH. La investigación de calidad y sus dificultades. *Radiología*. 2007;49(5):305-9.
- Font D, Gomis R, Trilla A, Bigorra J, Piqué JM, Rodés J. Organización y modelo de funcionamiento de las estructuras de investigación biomédica. Situación y retos de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(13):510-6.
- Rodés J, Font D, Trillac A, Piqué JM, Gomis R. El futuro de la gestión clínica como consecuencia del progreso científicotécnico en biomedicina. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(14):553-6.
- Weston CM, Bass EB, Ford DE, Segal JB. Faculty involvement in translational research and interdisciplinary collaboration at a US academic medical center. *J Investig Med*. 2010;58(6):770-6.
- Grady PA. *Nurs Outlook*. Translational research and nursing science. 2010 May-Jun;58(3):164-6.
- Woods FN, Diana LM. *Translational Research: Why Nursing's Interdisciplinary Collaboration Is Essential. Research and Theory for Nursing Practice*. 2010. En: http://findarticles.com/p/articles/mi_7724/is_201004/ai_n53928927/ [Consultado: 28/02/2011]