

La promesa, la realidad y el desafío de la práctica basada en la evidencia

Resumen

En este artículo, después de una rápida presentación de la medicina basada en la evidencia, se indaga en las razones internas y externas a la medicina que permiten comprender el porqué de su gestación, de su extraordinario ímpetu y de su arrolladora presencia. Posteriormente, se propone que la medicina basada en la evidencia es en esencia la reunión y producción (en forma de revisiones sistemáticas) de evidencias filtradas metodológicamente y su difusión, y que está lejos de ser un modelo o nuevo paradigma de práctica clínica. Además, su principal desafío actual: lograr el cambio en la práctica, no es un nuevo problema sino un viejo problema, como nos enseña la literatura sobre difusión y utilización de la investigación. Problema para el que la medicina basada en la evidencia no tiene soluciones propias y ni siquiera estaba contemplado en su agenda inicial. En la segunda parte de este artículo, se examina la realidad de la práctica basada en la evidencia en enfermería comparativamente a la de la medicina basada en la evidencia. Aunque el desarrollo de la práctica basada en la evidencia es mucho menor y más reciente que el de la medicina basada en la evidencia, muchas de las herramientas de esta última son útiles para la práctica basada en la evidencia, aunque los aspectos relativos a la calidad de la evidencia merecen una atención y estudio cuidadosos. Por otra parte, nuestra disciplina tiene tareas previas pendientes: estudiar la variabilidad de su práctica, así como conocer en qué grado su práctica actual está basada en la evidencia y, por tanto, que ámbitos de la práctica están fuera de la evidencia.

La práctica basada en la evidencia es un producto de su tiempo; la enfermería no puede volverle la espalda so pena del riesgo de ser arrollada o marginada por esta gran avenida de la práctica sanitaria actual.

Medicina basada en la evidencia

La expresión "Medicina basada en la evidencia" (MBE) fue acuñada en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster, Canadá, en los años ochenta para referirse a una estrategia de aprendizaje clínico que ya llevaba desarrollándose una década en dicha facultad (Rosenberg y Donald, 1995). Sus impulsores la definen así: "... is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individuals patients" (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes and Richardson, 1996) (el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes). Implica integrar la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática.

La práctica de la MBE sigue cuatro pasos. En primer lugar, se formula una clara pregunta clínica referida a un problema de un paciente. El segundo paso es encontrar las mejores evidencias disponibles. Para ello el clínico debe tener habilidades de búsqueda efectiva y un fácil acceso a las bases de datos bibliográficas. El siguiente paso es la valoración de las evidencias. Dos son las cuestiones a valorar: la validez de las evidencias y su utilidad clínica. Los clínicos deben adquirir la suficiente maestría para analizar críticamente la literatura. Para facilitar esta tarea, varios equipos de trabajo, en el Reino Unido y en Norteamérica, han desarrollado un método simple y estructurado denominado "*critical appraisal*". La estrategia permite valorar artículos originales sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico, calidad de los cuidados, y aspectos económicos, así como revisiones y meta-análisis. Y en último lugar, actuar sobre la evidencia. Una vez se ha identificado la literatura válida y relevante, los clínicos pueden actuar directamente sobre el paciente o crear directrices o protocolos.

Por qué surge la Medicina Basada en la Evidencia

Sackett, Richardson, Rosenberg & Haynes, en su texto fundacional (*Evidence-based Medicine. How to Practice & Teach EBM, 1997*), expusieron las siguientes razones:

1. Surgen continuamente nuevas evidencias relevantes para la clínica.
2. Es difícil acceder, localizar y obtener la información clínica relevante.
3. Como consecuencia de los dos primeros puntos, el conocimiento y la práctica clínica se vuelven obsoletos.
4. La educación continua tradicional no logra mejorar el rendimiento clínico.
5. La práctica de la MBE puede mejorar la práctica clínica y mantener actualizados a los profesionales.

Estos cinco puntos pueden resumirse en una idea: la MBE es una propuesta dirigida a salvar la separación entre la práctica y la investigación (research-practice gap). Y un supuesto que parece indiscutible y es arrollador: la práctica debe estar basada en la más actual, fiable y válida evidencia procedente de la investigación (Trinder, 2001a).

Pero esta exposición de motivos no es suficiente para explicar el surgimiento de la MBE y, aún menos, su éxito. Éxito en cuanto a la velocidad de propagación e influencia en la política y asistencia sanitaria, particularmente en el Reino Unido y Canadá; a su rápida extensión internacional, y también a su contagio sobre otras disciplinas de la salud, como enfermería, odontología, salud pública, fisioterapia, salud mental; e incluso saltando a otras disciplinas fuera del ámbito de la salud, como la educación, la administración de los recursos humanos (management) y el trabajo social (Trinder, 2000a); disciplinas con un denominador común: su orientación a los servicios humanos. Además, un atributo esencial de la MBE facilita su extensión transdisciplinar: su portabilidad, esto es, esencialmente es un proceso, una metodología, que vindica su neutralidad y su independencia de un contexto, como la medicina clínica (Trinder, 2000a). Esta historia de éxito es fascinante, sorprendente y es un ejemplo de la complejidad del proceso de difusión de las innovaciones. [Sin embargo, este éxito no implica que el quinto punto se haya hecho realidad, es decir, no existe evidencia de primer nivel, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, de que la práctica de la MBE mejore el desempeño clínico, y es dudoso que pueda llegar a existir tal tipo de evidencia sobre la efectividad de la MBE (Rosenberg y Donald, 1995)].

Una mirada en las compañías de la MBE nos aporta una mayor perspectiva para comprender el fenómeno: La evaluación de las tecnologías médicas, la investigación en servicios de salud, las ciencias clínicas de la evaluación, la investigación sobre los resultados de salud del

paciente y la efectividad de la práctica médica (y la constatación de las variaciones en la práctica médica), los estudios sobre el uso de las tecnologías, la valoración socio-económica, el análisis de la calidad asistencial, y aun otras (Guerra, 1996); y entre estas otras citemos la investigación sobre la difusión y transferencia de los hallazgos de la investigación (utilización de la investigación), un ámbito donde los investigadores de enfermería han realizado importantes y continuadas aportaciones. Por ejemplo, el proyecto CURN [*Conduct and Use of Research in Nursing* (Horsley, Crane & Crabtree, 1983)] siguió el siguiente planteamiento:

1. Identificación de estudios clínicos con un interés común.
2. Transformación de los hallazgos de los estudios existentes en un protocolo clínico.
3. Traslación de los protocolos en acciones de enfermería.
4. Valoración de la nueva práctica.

Es fácil constatar como el proceso del CURN guarda claras semejanzas con los pasos de la MBE, aunque le antecede más de diez años en el tiempo. Otros de los grandes proyectos de utilización de la investigación en enfermería, el proyecto WICHE (Western Interstate Comisión for Higher Education, de Krueger, Nelson & Wolanin, 1978), entre algunas de sus conclusiones, se refiere la conveniencia de que los investigadores incluyan las implicaciones de sus resultados en punto a su aplicabilidad a la práctica y que los informes de investigación se elaboren de forma que resulten más asequibles: sencillos y comprensibles para los profesionales. De nuevo, se observa la semejanza entre estas aportaciones, previas en el tiempo a la MBE, y las de la MBE, aunque la diferencia en cuanto al éxito en su difusión es abrumadora a favor de la MBE.

Muir (1997), que ha escrito el primer manual sobre la asistencia sanitaria basada en la evidencia amplía la perspectiva: “en el siglo XXI el responsable de tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria tendrá que practicar la toma de decisiones basada en la evidencia”, puesto que el ritmo en el incremento de la necesidad y la demanda de la asistencia sanitaria es mayor que el de los recursos disponibles. Y esto se sigue del envejecimiento de la población, de los nuevos conocimientos y tecnologías, del cambio y aumento de las expectativas de los pacientes y, consiguientemente también, del cambio en las expectativas de los profesionales. Y más recientemente (Muir, 2000) señala que la crisis económica de los años 70 creó un clima en el que la epidemiología giró desde ambientes exclusivamente académicos hacia la administración y gestión de la atención sanitaria y la toma de decisiones clínicas, lo que puede concebirse como una pre-condición para la aparición de la asistencia sanitaria basada en la evidencia.

Trinder (2000b) ha examinado con detalle los factores externos que pueden explicar la rápida extensión de la MBE y que pueden resumirse en que se trata, simplemente, de un producto de su tiempo, en el que las cuestiones y preocupaciones son las de la sociedad del riesgo, el audit y la efectividad, el racionalismo, la transparencia, la responsabilidad (*accountability*) profesional, el movimiento del consumidor (consumerismo), el empowerment y las necesidades de la sociedad de la información. Más exhaustivamente:

La sociedad de riesgo y la reserva ante la ciencia

La mayoría de los teóricos sociales están de acuerdo en aceptar que la sociedad contemporánea está atravesando un intenso cambio, estemos o no todavía en la postmodernidad. Este cambio se acompaña de una conciencia aumentada del riesgo y de una preocupación por su gestión. Según Giddens (cf Trinder, 2000a) la promesa de la modernidad es que el riesgo puede ser controlado por el conocimiento experto o por procedimientos que lo minimicen. Pero, a su vez, la confianza en la ciencia está disminuida porque parte del riesgo es creado por el desarrollo científico y por la gran fluidez de la vida moderna, incluidos los pro-

cedimientos y desarrollos tecnológicos. La práctica de la MBE está firmemente comprometida con la promesa modernista de que el riesgo puede ser evaluado y controlado por conocimiento experto, que se produce de forma sistemática, procedimental y cuyos productos son revisables y controlados.

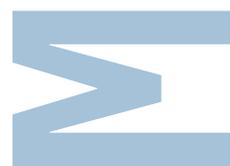
Los cambios en los servicios públicos

Los cambios ocurridos en los servicios públicos de las sociedades occidentales democráticas a lo largo de las últimas dos décadas, entre otros el auge del *managerismo*, el énfasis en los criterios económicos (vale decir también, un sesgo economicista), y la expansión del audit. Estos cambios están enmarcados en un discurso de responsabilidad (profesional), transparencia, eficiencia y orientación al consumidor. Según Powers (1997, cf, Trinder, 2000a), lo que el denomina "sociedad del audit" acontece en paralelo a un aumento de la conciencia social de riesgo y una disminución de la confianza en los expertos. Como solución se ha producido un trasvase de la confianza desde los expertos, los individuos, hacia el audit de la calidad de los servicios suministrados por los expertos. Trinder observa que el nudo de la MBE reside en los procedimientos (protocolos, guías clínicas, el estándar del ensayo clínico aleatorizado y controlado, métodos para revisar la literatura, secuencias de búsquedas de documentos, mejoras en la indización de documentos, las guías de valoración de la evidencia y los programas de valoración crítica de la investigación, estructura de los abstracts y de la difusión de la comunicación científica en general, etc), en clara equivalencia a la sociedad del audit (es parcialmente un producto de dicha sociedad), donde los objetivos de efectividad y eficiencia están garantizados por los procesos y sistemas de control ejercidos sobre los servicios de expertos. Estos procesos ordenan, sistematizan, objetivan, unifican la acción y permiten su seguimiento, el escrutinio y la valoración de los resultados (efectividad y eficiencia).



El profesionalismo, el *empowerment* y el consumerismo

Es paradójico que el desarrollo de la MBE, una iniciativa realizada por los profesionales, puede suponer una amenaza para la autonomía profesional, es decir, las agendas, los objetivos, la protocolización, el control o garantía de calidad, los criterios economicistas, son elementos que subordinan la autonomía profesional a la eficiencia de la organización. Pero los profesionales de la MBE se defienden abogando por los criterios de calidad de la atención y su efectividad, unos resultados mucho más valorables por el consumidor. La perspectiva del consumidor se retiene también al hacerle parte de la propia definición de la MBE, y por la mayor responsabilidad ante él, dado el compromiso de una atención basada en la mejor evidencia disponible.



La sociedad de la información

Sin los desarrollos de las tecnologías de la información, especialmente las bases de datos electrónicas e Internet, el desarrollo de una iniciativa cuya actividad principal es la recopilación, filtrado, ordenamiento y difusión, a través de una red de centros y grupos unidos electrónicamente y por un procedimiento estándar, es difícilmente imaginable.

La Medicina basada en la evidencia en acción

Una de las críticas más severas a la MBE ha sido hecha desde dentro, desde la epidemiología clínica, por Feinstein y Horwitz (1997), que comienzan distinguiendo entre lo que

se propone y lo que se hace. Del mismo modo, una vez expuesto lo que los autores que la promueven dicen qué es la MBE, examinemos brevemente qué es lo que se hace con el marchio de MBE.

Aunque se la define como una nueva forma de hacer clínica que incorpora las mejores evidencias, cribadas por métodos estructurados de valoración crítica, las preferencias de los pacientes y el juicio y la maestría clínica, los principales desarrollos de la MBE conciernen a la (1) elaboración de una base de evidencias de cierto tipo (producto de revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos clínicos aleatorizados), (2) la difusión activa de las evidencias y el desarrollo de (3) un procedimiento estructurado de valoración crítica de la evidencia (*Critical Appraisal Skills Program, CASP*).

La elaboración (y difusión) de una base de evidencias sólidas y relevantes para la práctica es la finalidad de la Colaboración Cochrane, que junto a los centros de práctica basada en la evidencia son las dos estructuras organizacionales del movimiento. Conviene recordar aquí la crítica de Feinstein y Horwitz (1997) cuando limitan las aspiraciones paradigmáticas de sus promotores a simplemente una nueva forma de escribir libros de medicina, es decir, a una reunión de conocimientos: protocolos, guías clínicas y otras recomendaciones emanadas de un selectivo tipo de evidencias científicas, pero no una nueva forma de práctica. La Biblioteca Cochrane reúne cinco bases de datos: Revisiones sistemáticas Cochrane, Resúmenes de revisiones de la efectividad de York, Metodología de las revisiones Cochrane, Embarazo y parto (germen de la biblioteca) y el Registro de ensayos controlados Cochrane. Como queda dicho, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos: selección y reunión de evidencias.

La difusión activa de las evidencias a través de bases de datos electrónicas, como la propia Biblioteca Cochrane o Best Evidence, con el auxilio del soporte de Internet. Así mismo, la elaboración y difusión de revistas que reúnen las evidencias más sólidas de la investigación en un formato estructurado y reducido más fácilmente digerible por el profesional, como el *ACP Journal Club* de *Annals of Internal Medicine*, *Evidence-Based Medicine*, *Evidence-Based Mental Health*, *Clinical Evidence*, *Evidence-Based Nursing*, *Bandolier*, etc. Otras iniciativas relativas a la difusión de las evidencias son el desarrollo continuo de estrategias mejoradas para la búsqueda e identificación de documentos de cierto tipo (de nuevo se prefieren los documentos relativos a ensayos clínicos y revisiones sistemáticas) en MEDLINE y otras bases de datos, las mejoras promovidas en la indización de las bases de datos, el énfasis y fomento de los abstracts estructurados.

La distinción entre reunir una base de evidencias y su difusión es importante. En el campo de la psicología clínica se emplea la expresión de terapias apoyadas empíricamente (*empirically supported therapies*) para referirse a algo similar a la práctica basada en la evidencia; sin embargo existe una diferencia fundamental. Aun cuando el inventario de terapias apoyadas empíricamente se actualiza y revisa periódicamente, y se difunde entre los clínicos a través de la Asociación de Psicología Americana (APA), sin embargo no se ha visto beneficiado por el uso de los recursos de las tecnologías de la información y por otras formas de difusión más activas y enérgicas, como sí sucede en el caso de la MBE. De esta forma, la información sobre las terapias apoyadas empíricamente no son fácilmente accesibles para los clínicos: la información existe, está compilada pero no se difunde adecuadamente.

Las guías del usuario de la literatura médica, publicadas en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA) y manuales como: *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*, *Evidence-based Medicine. How to Practice & Teach EBM.*, *Evidence-based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions.*, el manual para las revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane, el desarrollo de jerarquías de las evidencias, con las evidencias procedentes de revisiones sistemáticas y megaensayos clínicos aleatorizados y

controlados ubicadas en la cúspide de la pirámide, y, muy especialmente, el programa CASP, son iniciativas dirigidas a desarrollar en el clínico las habilidades necesarias para valorar la calidad y la relevancia de las evidencias. Recuérdese que la valoración de la evidencia es un paso crucial de la práctica de la MBE, y es la filosofía sobre la que descansa el desarrollo de la epidemiología clínica. En un principio el programa CASP, desarrollado por la *Regional Health Authority* de Oxford se creó con la intención de desarrollar un entrenamiento en cascada a lo largo de todo el Reino Unido. Sin embargo el programa cambió hacia el desarrollo de materiales de aprendizaje abiertos y disminuyó la confianza en la viabilidad y utilidad de la estrategia en cascada (Muir, 2000). McColl, Smith, White y Field (1998) estudiaron a una muestra de médicos de atención primaria para determinar sus actitudes hacia la MBE. Las conclusiones principales fueron que la promoción y la mejora del acceso a los sumarios de las evidencias, más que la enseñanza en la búsqueda e identificación de documentos y de habilidades de lectura crítica, podría ser el método apropiado para la práctica de MBE en atención primaria. Young y Ward (2001) con una metodología similar a la de McColl et al., pero en este caso con una muestra de médicos de atención primaria australianos, hallaron resultados en la misma línea: las fuentes preferidas de la MBE fueron las revistas que resumen evidencias y las guías clínicas. Más bien parece que, a pesar de la definición de MBE y de los cinco pasos formulados (algunos autores añaden un quinto paso: valoración del rendimiento) para su práctica, el mayor logro de la MBE reside en la reunión de evidencias y en su disseminación, y en mucha menor medida en el desarrollo de habilidades de lectura crítica y de comprensión de las reglas de la evidencia. Lo que no dejaría de ser paradójico: la supuesta nueva práctica asentada en los famosos cinco pasos sería el aspecto menos útil y valorable por los profesionales en relación a la MBE.

Parece, entonces, que la MBE se consolida como una empresa con dos actividades principales: Reunir y desarrollar una base de evidencias de la investigación asentada sobre el ensayo clínico aleatorizado y controlado y la revisión sistemática —una parte significativa de estas evidencias se encapsula en forma de guías clínicas y protocolos—, y su difusión activa. Sin embargo, conviene hacer en este punto una reseña a la literatura sobre el uso de la investigación. En este ámbito se distingue entre dos cuestiones relacionadas: la difusión o disseminación de los hallazgos, innovaciones, y su implementación, su incorporación a la práctica (cf. Cabrero y Richart, 2000). Los paladines de la MBE aceptan que la implementación, las barreras a la utilización, constituyen el problema principal para la realización de la práctica basada en la evidencia (Rosenberg y Donald, 1995; Haines y Haines, 1998). Es ingenuo pensar que la sola difusión de la evidencia científica sea suficiente para asegurar su utilización (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999; Kitson, Ahmed, Harvey, Seers, & Thompson 1996; Bero, Grillo, Grinshaw, Harvey, Oxman y Thompson, 1998). Dos importantes lecciones de la literatura sobre utilización de la investigación son:

1. La utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como sobre todo organizacional: es un proceso complejo de componentes políticos, organizacionales, socioeconómicos y actitudinales (Kitson et al, 1996). Según una reciente revisión sistemática, los factores organizacionales explican entre el 80 y el 90% del uso de la investigación, los factores ambientales entre el 5 y el 10%, y, por último, los factores individuales entre el 1 y el 3% (Royle, y Blythe, 1998).

2. Las intervenciones para promover el uso de la investigación más efectiva lo son sólo bajo algunas circunstancias; ninguna es efectiva en todas las circunstancias, y las intervenciones multifacéticas que se dirigen a las diferentes barreras que obstaculizan el cambio son las que tienen mayor probabilidad de éxito (NHS, Centre for Reviews and Dissemination, 1999).

Desde la MBE se está produciendo un giro hacia el estudio y desarrollo de proyectos de utilización de la investigación. En éstos el foco suele ser la implementación de guías clínicas y no la aplicación del modelo de cinco pasos de la MBE (cf Trinder, 2000b). Esto no es

sorprendente: la MBE ni en su definición ni en su modelo de práctica de 5 pasos contempla la complejidad del proceso de utilización, de hecho considera, tácitamente, que una vez diseminada la evidencia y entrenado el clínico en las reglas de la evidencia, éste introducirá la evidencia en su práctica. En definitiva, la MBE ha tenido un gran éxito en lo que de hecho ha sido su agenda: reunir y crear evidencias (realización de revisiones sistemáticas) y diseminarlas en formas más digeribles, pero no ha tenido respuestas propias para cambiar la práctica, tan sólo ha expresado el deseo de cambiarla. Para poder cambiar la práctica la MBE tiene que acercarse a las experiencias derivadas de la literatura sobre la implementación de la investigación. Pero estas iniciativas no suponen un nuevo modelo de práctica, sólo el desarrollo de estrategias para implementar los hallazgos de la investigación. Nada más, y nada menos.

La práctica basada en la evidencia

Uno de los exponentes del éxito de la MBE es su expansión dentro del ámbito de las disciplinas de la salud: enfermería, salud mental, atención primaria, salud pública, fisioterapia, pero también fuera de él: trabajo social, administración de recursos humanos, educación (cf Trinder y Reynolds, 2000). La marea de la MBE parece llegar a todas las disciplinas vinculadas con la prestación de servicios públicos. Genéricamente se puede hablar de práctica basada en la evidencia (PBE) para referirse al común de las iniciativas que utilizan el sintagma “basada en la evidencia”; existe, sin embargo, el riesgo de reificar por el mero hecho de nombrar. Estabrooks (1998, cf Jennings y Loan, 2001) es certera cuando sentencia que la literatura de enfermería no refleja una comprensión de lo que el término (PBE) supone, salvo considerarla como relativo a la buena práctica de enfermería. Kitson (1997, cf Jennings y Loan, 2001) es aun más cautelosa cuando alerta de que suscribir la agenda basada en la evidencia es un paso audaz, ya que la enfermería puede adoptar el movimiento de la PBE sin una comprensión completa de la reglas, y las reglas tienen que ver con el diagnóstico médico, las intervenciones clínicas únicas, los ensayos controlados y aleatorizados y el metanálisis.

Una de las avenidas principales para el desarrollo de la MBE fue la constatación de las variaciones en la práctica médica (Muir, 2000). Los estudios realizados al respecto en la década de los 80 en los Estados Unidos y en otros países revelaron variaciones en la tasas de intervenciones mucho mayores que las que podrían justificarse a partir de las necesidades de las diferentes poblaciones. Y como se ha señalado, las variaciones en la práctica sólo tienen dos interpretaciones: o los clínicos varían en cómo usar los resultados de la investigación en la práctica clínica o no existe evidencia que apoye sus intervenciones (cf Geddes, 2000). Desgraciadamente, en la literatura de enfermería son muy escasos los estudios que examinen esta cuestión. (Se invita al lector curioso a que intente localizar documentos al respecto en la base de datos CINHAL o en el *International Nursing Index*).

Otra de las justificaciones para la MBE fueron las dudas, en parte suscitadas por los estudios sobre la variabilidad de la práctica, sobre el grado en que la práctica estaba basada en la evidencia. Y aunque ha llegado a ser un tópico afirmar que gran parte de la práctica médica no está basada en evidencias, los estudios realizados muestran que la realidad es diferente (Ellis, Mulligan, Rowe, y Sackett, 1995; Gill, Dowell, Neal, Smith, Heywood, y Wilson, 1996). Lamentablemente, también son muy pocos los estudios que en enfermería hayan abordado esta cuestión. Hunt (1981) observó que gran parte de la práctica ritualística (asentada en la experiencia y la tradición) que previamente había identificado el *Royal College of Nursing* del Reino Unido dos décadas antes seguía siendo realizada años después. Más recientemente, Camiah (1997) ha hallado, en una investigación realizada con muestras de estudiantes de enfermería y de profesionales del Reino Unido, que la práctica no basada en la investigación era una realidad, en particular en actividades como la alimentación y

lavado pre-quirúrgico, la administración rutinaria de fármacos, planes de cuidado fundamentales, cuidados de las zonas de presión, registro rutinario de signos vitales y aseo matutino temprano; aunque algunas prácticas sí estaban basadas en evidencias: el manejo del dolor, la cateterización y la admisión de pacientes. Desde una perspectiva diferente, pero señalando en la misma de dirección de hechos, Thompson, McCaughan, Cullum, Sheldon, Mulhall y Thompson (2001) han observado que el conocimiento derivado de la investigación tiene escaso peso en la toma de decisiones de las enfermeras, en la misma línea que Luker, Hogg, Austin, Ferguson y Simita (1998), que encontraron que entre las fuentes que influyen en la práctica de enfermería el conocimiento derivado de la experiencia, frente al derivado de la investigación, es muy valorado. En otro sitio (Cabrero y Richart, 2000) se sentenciaba que la enfermería no es una profesión basada en la investigación (Pearcey, 1995), o si se prefiere, no está basada en evidencias, existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica (Luker, 1992) y la investigación, sólo en un alcance muy limitado, es utilizada en la práctica (Funk, Champagne, Wiese y Tornquist, 1991).

Se constatan de entrada dos diferencias importantes entre el caso de la medicina clínica y el de la enfermería en relación al medio donde debe desarrollarse la PBE. Por un lado, no ha existido la preocupación en enfermería por estudiar la variabilidad en su práctica o al menos no en el grado suficiente para mover a su examen, y por otro lado, aunque no existe suficiente información para saber hasta qué punto la práctica de la enfermería está basada en la evidencia, los datos disponibles son muy desalentadores. Por el contrario, en medicina si se ha examinado la variabilidad de la práctica y ésta sí está basada mayoritariamente en la evidencia, a pesar de las dudas y las reservas anticipadas.

La práctica basada en la evidencia en acción

A continuación examinamos los tres aspectos cardinales de la PBE trasladados al caso de la enfermería: reunión y desarrollo de evidencias, difusión de las evidencias y valoración crítica de las evidencias.

Reunión y desarrollo de las evidencias

La cantidad de las evidencias

Droogan y Cullun, (1998) sólo pudieron identificar 36 revisiones sistemáticas y 522 ensayos sobre la efectividad en áreas de la práctica de enfermería (como referencia, la base de datos MEDLINE reúne más de 15.000 ensayos clínicos referidos sólo a intervenciones para el dolor, durante el periodo 1950–1994), Kitson et al, (1996) han lamentado la insuficiencia de evidencias para la práctica. Es decir, no existe un gran cuerpo de evidencias derivadas de la investigación en enfermería, en parte porque la investigación en enfermería ha empezado a ser una realidad sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX, también porque sólo a partir de los años 60 en los Estados Unidos, y de los 80 en Europa, los temas de relevancia clínica comenzaron a ocupar un lugar preminente en la investigación de enfermería, y en parte también porque existe un predominio de los diseños exploratorios y descriptivos (Hayes, 1997), habiéndose producido, además, en las dos últimas décadas un notable auge de la investigación cualitativa (Blomfield y Hardy, 2000); y este tipo de evidencias no ocupan los primeros lugares en la jerarquía de las evidencias consagradas por la MBE. Todas estas noticias nos dicen que la base de evidencias para una PBE es estrecha, lo que no significa que el grueso de las restantes evidencias sean desdeñables, simplemente que no caben en las bases de datos de PBE.

La calidad de las evidencias

Los criterios de selección de evidencias de la PBE son en esencia dos: relevancia clínica y empleo del ensayo clínico aleatorizado y controlado. De esta forma una parte significativa de la investigación en enfermería, la que emplea diseños transversales y cualitativos queda, en gran parte, fuera (aunque hay que reconocer que la revista *Evidence Based Nursing* incorpora con alguna frecuencia evidencias de esta naturaleza). En el caso de la salud mental, Geddes (2000) reflexiona sobre el riesgo que puede suponer alentar sólo el uso de terapias cuyo valor haya sido demostrado a través de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Las compañías farmacéuticas tienen un especial interés en financiar investigación destinada a valorar la eficacia de nuevos fármacos; no existe ni tal ímpetu ni tal financiación para el caso de los tratamientos psicoterapéuticos. El criterio metodológico de selección de evidencias conduce a un evidente sesgo: sólo cuenta lo se investiga con cierto instrumento metodológico de entre lo que es investigable con ese instrumento metodológico (un subconjunto de un subconjunto). ¿Qué sucederá entonces con aquella parte de la práctica que no tenga un carácter eminentemente técnico, sino más bien práctico, es decir, todo aquello que tiene que ver más con hacer juicios que con seguir reglas? (cf Hammersley, 2000). La mayor parte de las evidencias de la PBE son de carácter instrumental, tecnológico.

La difusión de las evidencias

La PBE en enfermería cuenta con algunas instituciones y recursos propios: para la difusión de las evidencias: el *Centre for Evidence-Based Nursing* en la universidad de York en el Reino Unido, el *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery* en Australia, Hong Kong y Nueva Zelanda, la revista *Evidence Based Nursing*; etc.; además, la enfermería puede beneficiarse de muchos de los recursos generados desde la MBE: Biblioteca Cochrane, estrategias de búsquedas de documentos, revistas basadas en la evidencia, etc. En efecto, mucha de la literatura relevante para la práctica de la enfermería se publica en revistas de las ciencias de la salud que no son específicas de enfermería (DiCenso, Cullum y Ciliska, (2000), como lo atestigua el hecho de que entre las diez revistas que más documentos han aportado a la revista de resúmenes de las evidencias *Evidence Based Nursing*, en los dos primeros años, sólo dos sean revistas específicas de enfermería (DiCenso et al, 2000).

Una cuestión íntimamente ligada a la difusión de la información es la accesibilidad a la misma: la disponibilidad de bases de datos electrónicas y computadores, de revistas basadas en la evidencia, acceso a artículos a texto completo, etc; pero además de la accesibilidad física está también la accesibilidad intelectual. Thompson et al, (2001) constataron que las fuentes de información consideradas más útiles para la toma de decisiones por las enfermeras fueron las derivadas del contacto personal con expertos (la enfermera clínica especialista) y no las bases de datos electrónicas como la Biblioteca Cochrane (a la que si tenían fácil acceso).

La valoración crítica de las evidencias

Sólo decir que no existe (y quizás no deba existir) un conjunto de guías para la lectura crítica específicas de enfermería ni tampoco un programa CASP específico de enfermería. Los métodos de investigación, incluidos los diseños; empleados en enfermería no son los mismos que los que se emplean en la investigación clínico epidemiológica; quizás también, en paralelo, deberían desarrollarse o adoptarse o ampliarse guías para la lectura crítica.

Comentarios finales

Hemos pretendido mostrar que:

La MBE es un movimiento inevitable, hijo de su tiempo, con fuertes razones sociopolíticas para su germinación, además de otras de índole más intrínsecas y vinculadas con el desarrollo profesional y del conocimiento.

A pesar de lo que se predica, la MBE no es tanto una nueva manera de hacer clínica sino una asistencia a la práctica clínica. Dicha asistencia se concreta en reunir y desarrollar una base de evidencias, así como en su difusión.

El principal problema de la MBE es la utilización, la incorporación de las evidencias a la práctica, pero la MBE no tiene respuestas propias a esta cuestión.

La MBE se ha extendido a otros ámbitos dentro y fuera de las disciplinas de la salud, dando lugar al movimiento de la práctica basada en la evidencia.

La práctica basada en la evidencia en enfermería se enfrenta a problemas adicionales a los de la MBE, en especial los relativos a la base de las evidencias y a su cualidad. Además, la disciplina no ha sido capaz todavía de examinar el estado actual de su práctica: su variabilidad y su asentamiento en la evidencia.

Dado que la práctica basada en la evidencia es un producto de su tiempo, la enfermería tiene al menos dos opciones: mostrarse orgullosa y reservada y entender que la PBE no es su mejor traje y así automarginarse, o sacar provecho de los vientos que soplan y adaptar los planteamientos más problemáticos de la MBE a las singularidades de la enfermería, en especial los relativos a la cualidad de las evidencias.



MBE

Referencias bibliográficas

- Bero, L.A., Grillo, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A. Y Thompson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317: 465–8.
- Blomfield, R. y Hardy, S. (2000). Evidence-Based Nursing Practice. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Practice. A critical appraisal* Oxford: Blackwell.
- Cabrero, J. y Richart, M. (2000). *Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Camiah, S. (1997). Utilization of nursing research in practice and application strategies to raise research awareness amongst nurse practitioners: a model for success. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 1193–202.
- DiCenso, A, Cullum, N y Ciliska, D. (2000). Evidence-Based Nursing: past, present, and future. *Evidence-Based Medicine*, 3:7–8.
- Drongan, J. & Cullum, N. (1998). Systematic reviews in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 35: 13–22.
- Ellis, J., Mulligan, I., Rowe, J & Sackett, D.L. (1995). Inpatient general medicine is evidence based. *The Lancet*, 346: 407–10.
- Feinstein, A.R. & Horwitz, R.I. (1997). Problems in the "Evidence" of "Evidence-based Medicine. *The American Journal of Medicine*, 103: 529–35.
- Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A. & Torquist, E. M. (1991). Barriers. The barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4: 39-45.
- Geddes, J. (2000). Evidence-Based Practice in Mental Health. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Practice. A critical appraisal* Oxford: Blackwell.
- Gill, P., Dowell, A.C., Neal, R.D., Smith, N., Heywood, P. & Wilson, A.E. (1996). Evidence-based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *British Medical Journal*, 312: 819–21.
- Guerra, L. (1996). La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 107: 377–382.
- Hammersley, M. (2000). Evidence-Based Practice in Mental Health. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Practice. A critical appraisal* Oxford: Blackwell.
- Hayes, P. (1997). Evidence-based practice. *Clinical Nursing Research*, 6: 123–125.
- Haynes, B y Haynes, A. (1988). Barriers and bridges to evidence to evidence-based clinical practice. *British Medical Journal*, 317: 273–6.
- Horsley, J.A., Crane, J., Crabtree, M.Y. y Wood, D.J. (1983). *Using research to improve nursing practice: a guide, CURN proyect*: New York: Grune and Sraton.
- Hunt, J. (1981). Indicators for nursing practice: the use of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 6: 189–94.
- Jennings, B.M., Loan, L.A. (2001). Misconceptions among nurses about Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship, Sec Quart*: 121–7.
- Kitson, A., Ahmed, L.B., Harvey, G., Seers, K. Y Thompson, D. (1996). From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 430–40.
- Krueger, J., Nelson, A. y Wolanin, J. (1978). *Nursing Research: development, collaboration and utilization*. Germantown: Aspeen System.
- Luker, K. (1992). Research and development in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 1151–1152.
- Luker, K., Hogg, C, Austin, L., Ferguson, B y Smith, K. (1998). Decision making: the context of nursing prescribing. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 657–65.
- McColl, A., Smith, H., White, P. y Field, J. (1998). General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *British Medical, Journal*, 316: 361–6.
- Muir (1997). *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Muir (2000). Evidence-Based Public Health. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Medicine. A critical appraisal*. Oxford: Blackwell.

- NHS Centre for Reviews and Disseminations (1999). *Getting Evidence into Practice. Effective Health Care Bulletin*, 5, 1. York: University of York.
- Pearcey, P.A. (1995). Achieving research-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 33–9.
- Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medical Journal*, 310: 1122–27.
- Royle, L. y Blythe, J. (1998). Promoting research utilization in nursing: the role of the individual, organization, and environment. *Evidence-Based Nursing*, 1: 71–2.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W, Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W. S. (1997) *Medicina basada en la evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Sackett, D.L., Richardson, W; Rosenberg, W, Haynes, R.B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based Medicine: what it and what it isn't? *British Medical Journal*, 312: 71–2.
- Thompson, C, McCaughan, D, Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A. Y Thompson, D.R. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *Journal of Advanced Nursing*, 36: 376–88.
- Trinder, L (2000a). Introduction: The context of evidence-based medicine. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Practice. A critical appraisal* Oxford: Blackwell.
- Trinder, L (2000b). A critical appraisal of Evidence-Based Practice. En L Trinder y S. Reynolds *Evidence-based Practice. A critical appraisal* Oxford: Blackwell.
- Trinder, L. y Reynolds, S. (2000). *Evidence-based Practice: A critical appraisal*, Oxford: Blackwell.
- Young, J.M. y Ward, J.E. (2001). Evidence-based Medicine in general practice: beliefs and barriers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7: 201–10.

Julio Cabrero García
Miguel Richart Martínez
M^a Isabel Orts Cortés
Julio.cabrero@ua.es
Departamento de Enfermería
Universidad de Alicante
Apdo de Correos 99, 03080 Alicante