

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. LA INVESTIGACIÓN Y EL CUIDADO

Autora:

Dra. Olga Lopez-Dicastillo

Profesor Contratado-Doctor.

Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil.

Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

olopezde@unav.es

En esta presentación se abordan conceptos relacionados con los atributos del rol avanzado relativos a la investigación y la práctica basada en la evidencia (PBE), se definen los conceptos relacionados con la enfermería basada en la evidencia (EBE) y se plantea brevemente sugerencias finales sobre cómo promover la PBE.

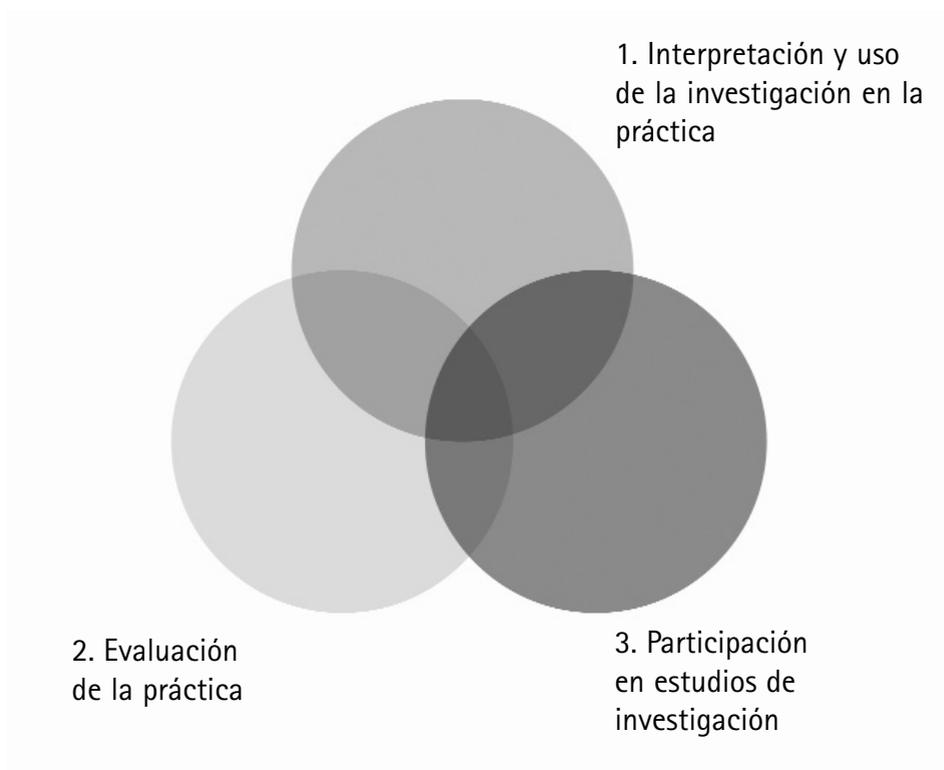
El rol avanzado, la investigación y la PBE.

En primer lugar, es importante señalar que las tres competencias que una enfermera de rol avanzado debe desarrollar con respecto a la investigación son las siguientes (Hamric et al., 2005):

1. La interpretación y el uso de la investigación en la práctica.
2. La evaluación de la práctica.
3. La participación en estudios de investigación que generen conocimiento.

Estas tres competencias destacan los diferentes tipos de relación que una enfermera de rol avanzado puede tener con los estudios de investigación (ver diagrama 1).

Diagrama 1. Competencias de investigación que debe desarrollar una enfermera de rol avanzado.



El primer aspecto se refiere al hecho de **usar** la evidencia científica para su actividad asistencial y la toma de decisiones en la práctica y ayudar a otros profesionales a incorporar la investigación en su práctica. Lo que algunos autores han denominado el consumo de la investigación científica (Profetto-McGrath et al., 2010).

El segundo aspecto se centra en competencias relacionadas con el diseño e implementación de procesos que permitan **evaluar** los resultados o efectos que tiene el desarrollo de una práctica avanzada, es decir, cómo el hecho de emplear estudios de investigación (aplicando sus hallazgos) afecta la práctica asistencial.

Y el último conlleva una serie de competencias que implican que la enfermera se involucre más activamente en la **realización** de estudios de investigación, identificando posibles problemas o preguntas de investigación y colaborando en su desarrollo.

Como se puede observar, una enfermera de rol avanzado no debería centrarse sólo y exclusivamente en la realización de una EBE, que sería lo descrito en el primer punto. También tendrá que adquirir competencias relacionadas con los otros dos aspectos anteriormente mencionados. En muchas ocasiones, el empleo o desarrollo de una de estas competencias podrá solaparse o complementarse con el de las demás, tal y como se describe en el diagrama. Por ejemplo, la competencia de evaluación en la práctica individual (1) se basa en la mejor evidencia disponible (2), y por lo tanto, requiere tener experiencia y haber desarrollado competencias investigadoras (3), reforzando la habilidad para evaluar la evidencia e interpretar datos (1).

Hamric et al. (2005) describen la adquisición de estas tres competencias a dos niveles. Un nivel básico, es decir, a un nivel en el que se incluirían actividades que se esperarían de un recién graduado en un programa de master, y un nivel más amplio que se adquiriría a través de la experiencia y la iniciativa individual conforme se desarrolla el rol avanzado a lo largo del tiempo.

Estas tres competencias requieren de un conocimiento y de unas habilidades específicas relacionadas con la realización y la utilización de la investigación. Por lo tanto, tienen que ser el centro de atención cuando se diseñan programas de formación de una enfermera de rol avanzado, en la práctica individual y en la planificación e implementación del rol avanzado, y en los distintos ámbitos asistenciales.

Conceptos relacionados con la PBE.

El término de PBE está relacionado con diferentes conceptos que se han empleado a lo largo del tiempo. Uno de los más utilizados es el de **medicina basada en la evidencia**, definido por Sackett et al.(1996) como "el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia que exista en la actualidad acerca del cuidado de cada paciente. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar la práctica clínica individual con la mejor evidencia clínica externa que proviene de investigaciones sistemáticas".

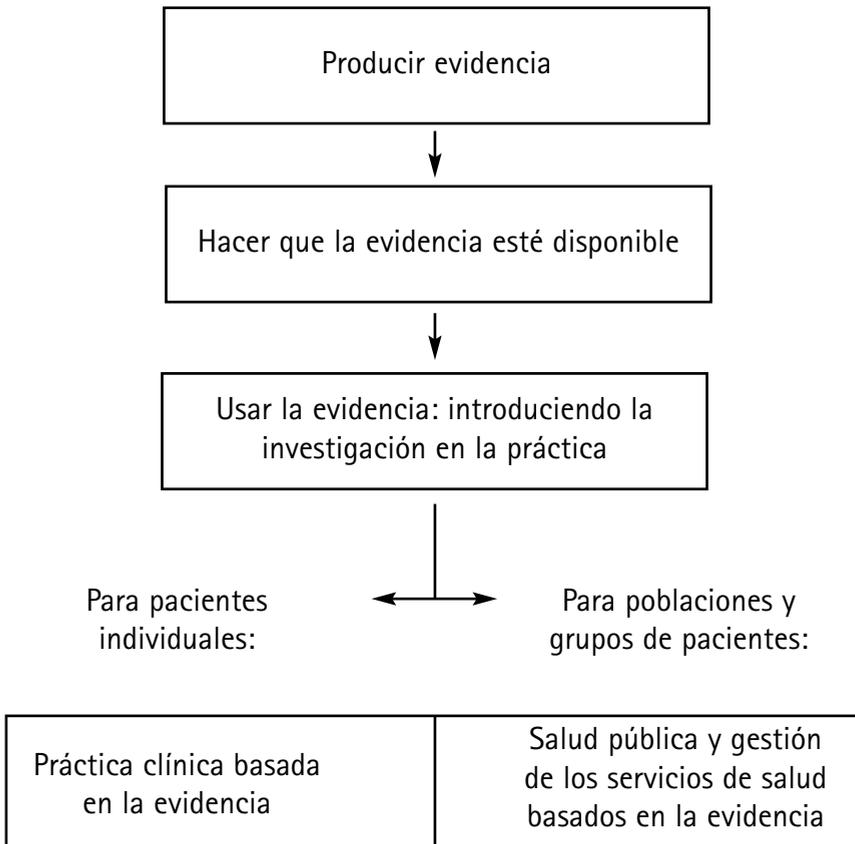
De la evolución de este término surge el concepto de **PBE** cuya principal ventaja con respecto al anterior es que reconoce la naturaleza interdisciplinaria de los cuidados de salud, en el cual la medicina es sólo una parte. Este concepto se ha definido de distintas formas. Por ejemplo, como el método de resolución de problemas que incluye identificar el problema clínico, la búsqueda de la literatura, la evaluación de la evidencia y la decisión sobre la intervención a realizar (White, 1997). También se podría definir como el uso de los resultados de investigación para determinar el enfoque general del cuidado, las formas específicas de actuación y las recomendaciones para pacientes individuales (Brown, 1999).

Otro de los conceptos dentro de este ámbito es el de **atención de salud basada en la evidencia** que se define como el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de los individuos, grupos y poblaciones (Griffiths, 1999). Este último concepto aunque no tan generalizado, tiene la ventaja de que incluye de forma explícita no sólo a pacientes individuales, sino también a

grupos y poblaciones por lo que es de especial relevancia para los profesionales que desarrollan el rol avanzado en el ámbito comunitario.

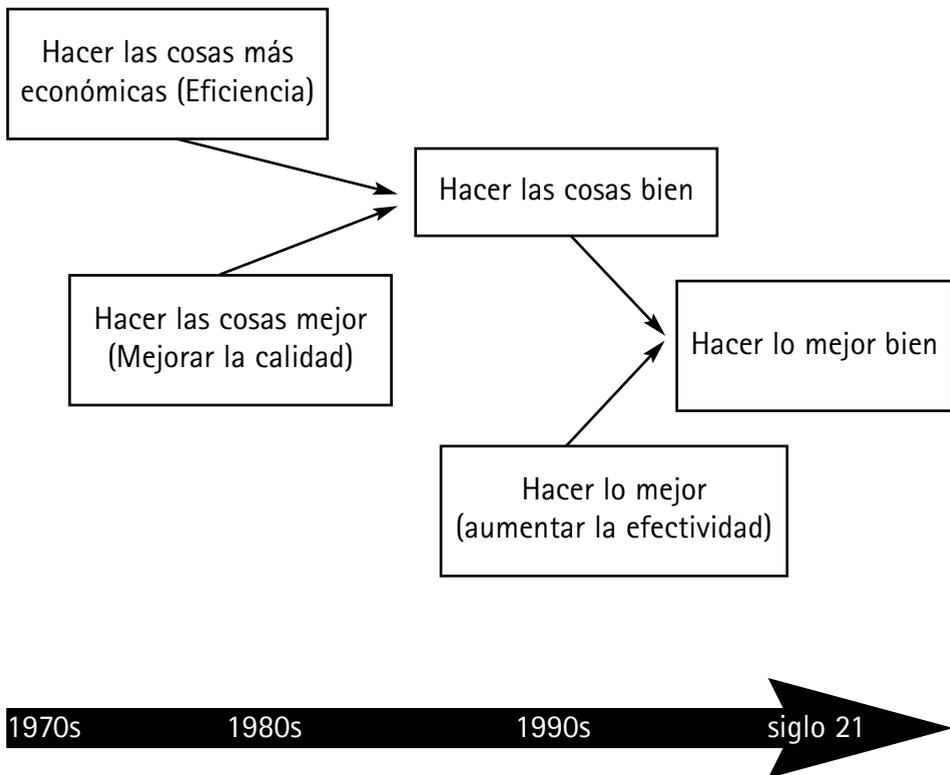
La atención de salud basada en la evidencia tiene tres etapas (Gray, 2001). La primera, la producción de la evidencia. La segunda consistiría en hacer que la evidencia esté disponible. La última se referiría al uso de la evidencia, aplicando la investigación en la práctica. Este uso de la evidencia se haría tanto en el caso de pacientes individuales cuando se realiza una práctica clínica basada en la evidencia, como en el caso de poblaciones y grupos de pacientes cuando se trabaja con temas de salud pública y gestión de los servicios de salud basados en la evidencia tal y como se resume en el diagrama 2.

Diagrama 2. Etapas en la atención de salud basada en la evidencia.



El propio concepto de medicina basada en la evidencia ha ido evolucionando a lo largo de las cuatro décadas en las que se ha venido utilizando. Surgió con una idea de hacer más económico el sistema sanitario y de que los recursos se empleasen mejor, es decir, su significado estaba asociado a la eficiencia. Ha pasado por etapas en las que el énfasis estuvo en que las cosas se hicieran mejor, esto es, en mejorar la calidad. En los 80, se enfatizó la combinación de los dos conceptos anteriores de eficiencia y calidad con el objetivo de "hacer las cosas bien". Fue casi en los 90 cuando se utilizó buscando un aumento de la efectividad y en las dos últimas décadas se le ha otorgado un significado que ligaba la efectividad con el deseo de hacer las cosas bien, para referirse al hecho de hacer lo mejor y hacerlo a su vez bien (ver diagrama 3).

Diagrama 3. La evolución de la medicina basada en la evidencia.



La medicina basada en la evidencia no ha estado tampoco exenta de objeciones y ha sido criticada por varias razones. Las dos objeciones principales que se han esgrimido es que los médicos no son abogados, economistas, ni actuarios por un lado y el hecho de que no se pueden aplicar "promedios" a casos específicos. Ambas objeciones se pueden rebatir fácilmente. En el primer caso, si bien los médicos no son abogados, tienen la responsabilidad de asegurarse de que sus pacientes reciben la mejor atención posible al menor coste posible para poder continuar con una atención de salud sostenible. Esto implica registrar lo que se hace y conocer lo que ya han registrado o investigado otros. La segunda objeción no se justifica si se utilizan definiciones de la PBE, como la mencionada anteriormente de Brown (1999), en la que se destaca no solo el enfoque general del cuidado, sino también las formas específicas de actuación y las recomendaciones para pacientes individuales.

Otro tipo distinto de objeciones han surgido ante situaciones de incredulidad en las que se prefiere atribuir lo que sucede al azar o los accidentes, se argumenta que no es posible controlar determinadas situaciones o no se está dispuesto a descartar cuidados "validados" por la tradición/experiencia en base a datos o cálculos hechos por otros. Este tipo de objeciones requieren de acciones de formación de los distintos profesionales y abordar cambios de actitud para que la PBE se incorpore a la práctica.

Existen también otro tipo de barreras más prácticas como por ejemplo el tiempo que se tarda en validar numéricamente las intervenciones, lo que dificulta la toma ágil de decisiones. También puede suceder que en muchas ocasiones no se disponga de resúmenes críticos de la evidencia disponible, es decir de revisiones sistemáticas, que permitan el acceso a una información resumida, fiable y de calidad de todo lo que se publica con respecto a un tema. Sin la existencia de estos resúmenes críticos, antes de proceder a la toma de decisiones, habría que revisar los estudios existentes con respecto al tema en cuestión y tampoco se facilitaría una toma rápida de decisiones.

Conocer las posibles barreras a las que se puede enfrentar la implantación de la PBE es esencial porque las actuaciones de las personas o de los equi-

pos en general están determinadas por tres variables, que son prerequisites para que se realice una buena toma de decisiones (Gray, 2001):

- El nivel de motivación del individuo/equipo (en relación directa).
- El nivel de competencia del individuo/equipo (en relación directa).
- Las barreras que el individuo/equipo tiene que superar para actuar bien (en relación inversa).

Solo abordando las tres variables conseguiremos que las actuaciones de los profesionales de la salud y la toma de decisiones con respecto a la práctica asistencial se basen en la evidencia. En definitiva, solo si los profesionales conocen, son capaces y quieren aplicar la evidencia científica y se eliminan sus prejuicios y las barreras institucionales, se podrá evitar poner en riesgo la salud de los individuos y de los grupos cuando se toman decisiones y darles la mejor atención posible sin gastos innecesarios para el sistema sanitario.

Otro de los aspectos que es necesario abordar es el concepto de "evidencia" en la PBE (Guyatt et al., 2008). La evidencia proviene del conocimiento científico, más específicamente de los estudios de investigación que se han llevado a cabo en el pasado. Sin embargo, hay que destacar que no todos los estudios de investigación son iguales a la hora de tomar decisiones en la práctica. Por este motivo, se ha creado una jerarquía de estudios, en la que dependiendo del tipo de estudios de los que se disponga, lo que estos concluyan se considera más relevante y fiable para la práctica, y por lo tanto para la toma de decisiones. Esta jerarquía de estudios es la siguiente (Howick, 2009):

- 1a Revisiones sistemáticas.
- 1b Ensayos clínicos aleatorios individuales.
- 2a Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes.

- 2b Estudios de cohortes individuales.
- 3a Revisiones sistemáticas de estudios de casos y controles.
- 3b Estudios de casos y controles individuales.
- 4 Series de casos.
- 5 Opiniones de expertos.

Como se puede observar en la clasificación anterior, en la cima de la jerarquía se encuentran las revisiones sistemáticas que son revisiones de la literatura que sirven para localizar, analizar y sintetizar la evidencia proveniente de estudios científicos, para dar respuestas empíricas a cuestiones de investigación científica (Khan et al., 2001). Las revisiones sistemáticas difieren de las revisiones tradicionales en que usan una metodología científica y transparente que se puede replicar, teniendo como objetivo principal eliminar sesgos (Stevens, 2001). Las revisiones sistemáticas evalúan todos los estudios de investigación con respecto a la pregunta a la que interesa dar respuesta, siendo los ensayos clínicos aleatorios lo que más peso tienen, dentro de los distintos diseños posibles.

Recientemente se ha creado una nueva clasificación en la que la jerarquía de la evidencia científica se ha relacionado con tipos de preguntas específicas a las que los profesionales necesitan dar respuesta para la toma de decisiones prácticas. Esta nueva clasificación ayuda a la realización de búsquedas de la evidencia, y a clasificar la evidencia encontrada dependiendo de la naturaleza de la pregunta a la que se desea responder, para concluir si se dispone de un nivel alto, moderado, bajo o muy bajo de evidencia (Chalmers et al., 2010).

La evidencia y la asistencia.

Cualquier profesional de la salud tiene que realizar las siguientes reflexiones: ¿Se basa mi práctica en la evidencia?, es decir, si se piensa en situaciones clínicas recientes ¿cómo se han tomado las decisiones y en qué se ha basado esa toma de decisiones?

Para poder tomar decisiones en la práctica utilizando la evidencia, el primer paso consiste en definir bien las preguntas a las que necesitamos dar respuesta. No se trata de hacer búsquedas generales acerca de un tema, sino de tener una pregunta o problema bien definidos que permitan buscar y encontrar los estudios realmente relevantes para evaluarlos y poder utilizarlos en la toma de decisiones.

Así los elementos principales relacionados con la evidencia en el ámbito de la salud son:

- Delimitar bien las preguntas o los problemas.
- Buscar y encontrar la mejor evidencia (búsquedas sistemáticas de la literatura).
- Evaluar la evidencia (evaluación crítica y síntesis en forma de revisiones sistemáticas).
- Implementar la evidencia (utilizar la evidencia para la toma de decisiones).
- Producir evidencia.
- Evaluar cambios en la práctica.

Los dos últimos aspectos no son propios de la PBE en sí misma, pero son necesarios para el desarrollo científico, el avance de la práctica y la toma de decisiones futuras.

El primer aspecto, delimitar bien las preguntas o los problemas, es esencial para poder posteriormente buscar, encontrar, evaluar e implementar la evidencia disponible. Para poder hacerlo una enfermera de rol avanzado tiene que identificar problemas que surjan de la práctica, identificar lagunas en el conocimiento relacionados con esas preguntas, formular preguntas que puedan ser respondidas por la evidencia, ser específica con lo que se busca y utilizar estrategias que ayuden a encontrar la evidencia.

¿Cómo promover la PBE?

La realización de una PBE está relacionada con otros atributos, algunos de ellos desarrollados en otras ponencias de esta Jornada, y por lo tanto para promoverla será necesario que una enfermera de rol avanzado también desarrolle los demás atributos.

Además para poder desarrollar una PBE, una enfermera de rol avanzado necesita el apoyo de la organización y que esta mantenga y promueva una cultura receptiva al cambio y facilite la práctica de la EBE. Las características organizacionales de los servicios de salud y la falta de visión, estrategia y dirección por parte de los gestores son las barreras más significativas para el uso de la investigación por parte de las enfermeras (Parahoo, 2000). Otras de las barreras, que se podrían evitar con el desarrollo de todos los atributos del rol, son la falta de interés, motivación o de líderes.

Si se desea dar la mejor atención posible y proporcionar los mejores cuidados es necesario dejar de basar la toma de decisiones en la experiencia, en la tradición, o en el conocimiento anticuado. Es necesario diseminar entre las enfermeras la evidencia para que estas puedan debatir con colegas utilizando el conocimiento científico. Los investigadores y los docentes también son responsables de este desarrollo, los primeros haciendo accesible la investigación y los segundos educando usando la evidencia en su propia docencia. También es importante cuidar aspectos más prácticos como el acceso a las bibliotecas y la ayuda de los bibliotecarios para facilitar la explotación de los recursos relacionados con las fuentes de evidencia.

Conclusiones.

Basar la práctica en la evidencia es esencial para el desarrollo de una práctica avanzada por parte de los profesionales de la salud. Para la enfermería es de especial relevancia por la obligación social que tiene de ser responsable con su labor asistencial, para mantener la credibilidad ante otros profesionales y los propios pacientes y para construir una base sólida de conocimientos que puedan informar a las políticas de salud a niveles gubernamentales (DiCenso, 2003). Desarrollar un rol de Enfermería con los atributos relacionados con la investigación que se han descrito, ayudaría a lograr que la práctica se basara en la evidencia y permitiría no sólo una mejora en los cuidados sino también el avance de la profesión.

Bibliografía.

BROWN, S. J. (1999) *Knowledge for health care practice: A guide to using research evidence*, Philadelphia, W.B Saunders.

CHALMERS, I., GLASZIOU, P., GREENHALGH, T., HENEGHAN, C., HOWICK, J., LIBERATI, A., MOSCHETTI, I., PHILLIPS, B. & THORNTON, H. (2010) Steps in finding evidence ("Levels") for different types of question. http://www.cebm.net/mod_product/design/files/CEBM-Levels-of-Evidence-2.pdf.

DICENSO, A. (2003) Evidence-based nursing practice: how to get there from here. *Nursing leadership*, 16, 20-6.

GRAY, M. (2001) *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Scotland Churchill Livingstone.

GRIFFITHS, P. (1999) The challenge of implementing evidence-based health care. *British Journal of Community Nursing*, 142-148.

GUYATT, G. H., OXMAN, A. D., VIST, G. E., KUNZ, R., FALCK-YTTER, Y., ALONSO-COELLO, P. & SCHUNEMANN, H. J. (2008) GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336, 924-6.

HAMRIC, A. B., SPROSS, J. A. & HANSON, C. M. (2005) *Advanced practice nursing: an integrative approach*, St. Louis, Saunders. Elsevier.

HOWICK, J. (2009) Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated by Jeremy Howick March 2009. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.

KHAN, K., TER RIET, G., GLANVILLE, J., SOWDEN, A. & KLEIJNEN, J. (2001) Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness. CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.

PARAHOO, K. (2000) Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, 31, 89-98.

PROFETTO-MCGRATH, J., NEGRIN, K. A., HUGO, K. & SMITH, K. B. (2010) Clinical nurse specialists' approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 7, 36-50.

SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 71-72.

STEVENS, K. (2001) Systematic Reviews: the heart of evidence-based practice. *American Association Of Critical-Care Nurses*, 12, 529-538.

WHITE, S. J. (1997) Evidence-based practice and nursing: the new panacea? *British Journal of Nursing*, 6, 175-8.