



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador



From evidence-based nursing to healthcare practice: The evaluation of results as an integrating element

Daniel Muñoz Jiménez

Área de Procesos, Investigación, Innovación y Sistemas de Información, Hospital Clínico San Carlos, Servicio Madrileño de Salud, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, Madrid, España

El desarrollo científico de la disciplina enfermera es una realidad innegable. Si bien es cierto que la enfermería no cuenta de partida con una tradición equiparable al de otras ciencias en este ámbito¹, el esfuerzo realizado por los profesionales en las últimas 4 décadas ha culminado con un reconocimiento profesional y académico, que posiciona a la enfermería como una de las disciplinas científicas con mayor proyección de desarrollo para la investigación aplicada en la salud. El incremento de la producción científica, un mayor acceso a la financiación de proyectos competitivos, el desarrollo de programas de doctorado y la urgencia de nuevos grupos de investigación² son signos inequívocos de la reconfiguración de la enfermería hacia una nueva etapa científica. Indudablemente, son muchas las limitaciones que se han encontrado y muchas las barreras que quedan, aun por superar en la equiparación del reconocimiento y financiación de la investigación enfermera con respecto a otras disciplinas^{3,4}. No obstante, las enfermeras han de continuar su evolución científica natural, adaptándose y progresando en la producción, difusión y transferencia del conocimiento a la práctica. Precisamente sobre esta última, es sobre la

que radica uno de los mayores retos a los que se enfrenta la investigación enfermera en la actualidad.

De todos es conocida la característica brecha que existe entre el conocimiento y la práctica enfermera o más bien entre el conocimiento obtenido mediante el método hipotético-deductivo de la ciencia y el denominado conocimiento «tácito» obtenido a través de la práctica y la transferencia entre iguales⁵. El primero de ellos es un conocimiento fáctico, explícito, confiable, replicable y contrastable; el segundo es implícito, personal, intuitivo y contexto-dependiente. Ambos son elementos constituyentes del *corpus* y práctica actual de la enfermería, sin embargo, dichos elementos no guardan el equilibrio razonable que cabría esperar en una disciplina científica, puesto que, aun muchos profesionales depositan mayoritariamente su confianza en los conocimientos derivados de la experiencia y relegan el uso del conocimiento científico a situaciones puntuales⁶. Conscientes de las consecuencias que este desequilibrio supone en la práctica de los cuidados, aumenta la preocupación entre las enfermeras por fundamentar la toma de sus decisiones a partir de los mejores resultados de investigación disponibles, adaptándolas a las particularidades de cada paciente y contexto⁷. En el año 2000 se definió la «enfermería basada en la evidencia» (EBE) como un nuevo

Correo electrónico: dmunoz@salud.madrid.org

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.004>

1130-8621/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

modelo que equilibra la ecuación y pondera el papel del conocimiento derivado de la investigación sobre el obtenido en la práctica. Limadas las asperezas onto-epistemológicas heredadas de los modelos positivistas originales, la EBE comenzó un amplio proceso de crecimiento y expansión internacional que se cristaliza en iniciativas como la desarrollada por *The Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing and Midwifery* y su representación nacional en el Centro Colaborador Español creado en 2004, el desarrollo en 2009 del Área de Cuidados de Enfermería de la Colaboración *Cochrane*⁸, el programa *Best Practices Spotlight Organizations* (BPSO[®]) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)⁹⁻¹¹ o el proyecto SUMAMOS Excelencia[®] entre otros.

Los beneficios de la práctica clínica basada en evidencia (PCBE) han sido ampliamente descritos en la literatura científica¹². El uso de los resultados de investigación en la práctica diaria incide en una mejora de los resultados en salud y en la calidad de los cuidados prestados a la población, menores costes derivados de la atención, así como avances en la seguridad clínica y en la satisfacción del desarrollo profesional. Tal es su relevancia que ha pasado a considerarse una competencia esencial en la formación y evaluación profesional^{13,14}. Sin embargo, pese a que los indiscutibles beneficios de la implementación de la PCBE en las instituciones sanitarias son reconocidos y aceptados por los profesionales asistenciales, la implementación de prácticas basadas en la evidencia es lenta y deficiente¹⁵. Condicionantes individuales e institucionales influyen de una manera determinante en su implantación. A nivel individual se han reconocido importantes déficits competenciales en investigación, escasa capacidad crítica y limitados conocimientos de la PCBE entre los profesionales asistenciales^{16,17} que, en todo caso, reconocen ser usuarios de resultados de investigación, pero rara vez productores y manifiestan importantes limitaciones en la capacidad para la implementación de recomendaciones en la práctica¹⁸⁻²⁰. Otros factores como el peso de las costumbres, el inmovilismo y las rutinas delimitan un área de bienestar en la cual las prácticas tradicionales se erigen como dogma, un conocimiento antagónico a la PCBE que Hanrahan et al. denominaron *Sacred Cow*²¹. Los factores institucionales influyentes en la gestión del cambio tienen que ver con características de la organización, liderazgo, grupos de interés, estructuras, comunicación y recursos disponibles^{22,23}. Por tanto, la implantación de la PCBE requiere la planificación de estrategias integrales que transformen, de manera progresiva, la cultura de los profesionales y de las instituciones, con el fin de adoptar las prácticas más beneficiosas para la salud de la población de un modo sostenible.

Sin embargo, pese a que las iniciativas para la implantación de cuidados basados en la evidencia se extienden, resulta paradójico observar que las resistencias al cambio continúan presentes incluso en centros líderes en implantación, hecho que constata el gran reto al que nos enfrentamos las enfermeras^{21,24}. Comienza a analizarse el impacto que la especialización y el desarrollo de la práctica avanzada tendrán en la potenciación de la PCBE. El nivel de experiencia implícito en estos nuevos roles se asocia a mayores aptitudes para sintetizar y aplicar información derivada de la investigación^{25,26}. Asimismo, la disponibilidad de nuevas

tecnologías facilita el acceso inmediato a cantidades masivas de información científica, considerándose un factor favorecedor de la PCBE.

La evaluación de resultados y la práctica basada en la evidencia

Los principales modelos de la práctica basada en la evidencia contemplan 5 fases en su desarrollo²⁷. Las 3 primeras incluyen la formulación de la pregunta clínica, la búsqueda de evidencias y su valoración crítica. Las 2 últimas son fases clínicas, consistentes en la transferencia de la evidencia a la práctica y la evaluación de sus resultados.

La evaluación de resultados es la objetivación de los logros alcanzados mediante las buenas prácticas. Aunque *a priori*, toda recomendación avalada por la evidencia va a tener efectos de mejora tras su implantación, la evaluación de resultados permite cuantificar de manera precisa dichos cambios, pudiendo ser contrastados con el estándar preestablecido o con la situación basal previa a las intervenciones. La evaluación ideal es aquella que centra más atención en los resultados de salud, que en los procesos y la que emplea herramientas de medición sensibles a las intervenciones de enfermería.

El término indicador es el más ampliamente usado en evaluación y hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o población, cuya cuantificación permite conocer la magnitud de un problema, monitorizar cambios a lo largo del tiempo y evaluar hasta qué punto los objetivos son alcanzados.

El concepto indicador tiene su origen en la epidemiología, aunque su máximo desarrollo en el contexto clínico se ha asociado a la evaluación de la calidad asistencial y a la gestión. En el año 2003, el consorcio AGREE publica los criterios de evaluación de guías de práctica clínica, entre los que se considera que la existencia de criterios de monitorización y/o auditoría es un elemento clave de aplicabilidad²⁸. Protocolos y guías de práctica clínica acostumbraron a acompañarse de propuestas de indicadores que en muchas ocasiones no llegaban a evaluarse o no tenían trascendencia clínica. Es con el inicio de los procesos de certificación de la calidad, como los propuestos por *International Standardization Organization* (ISO 9001), *Joint Commission International* (JCI) o *European Foundation for Quality Management* (EFQM) con los que la evaluación de indicadores pasa de ser un requisito teórico a ser un criterio de excelencia. En el desarrollo del concepto de evaluación en enfermería cabe destacar la publicación, en el año 1997, de *Nursing Outcomes Classification* (NOC) como una normalización pionera de criterios de resultados e indicadores sensibles a la práctica enfermera. Lamentablemente, la aplicabilidad práctica de la clasificación de resultados NOC no ha sido proporcional al gran impacto teórico que ha tenido sobre los contenidos disciplinares. La validación e implementación de indicadores NOC en herramientas de valoración de enfermería es una de las líneas de investigación de la Red Española de Investigación en Taxonomías Enfermeras (REITE).

La creciente preocupación por obtener resultados precisos, fidedignos y comparables en las instituciones sanitarias,

se ha convertido en un elemento motivador de la búsqueda de indicadores comunes de evaluación, relacionados con la implantación y resultados de la PCBE. Dichos indicadores deben ser definidos conceptual y operacionalmente de forma inequívoca para que puedan ser entendidos, recopilados y analizados de forma estandarizada y consistente. Han de poseer validez, fiabilidad, especificidad y sensibilidad, pero también han de construirse sobre una cantidad limitada de datos empíricos que estén disponibles, sean íntegros, de fácil manejo y accesibles mediante la recuperación de las bases de datos y sistemas de información clínica.

La definición y el desarrollo de sistemas para la medición de indicadores de la atención sanitaria ha sido una de las áreas de interés dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹, que se ha materializado en instrumentos para la evaluación y seguimiento de la actividad asistencial como el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), de Atención Primaria (SIAP) o el Registro de Atención Especializada basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD). Aunque estos desarrollos suponen un gran avance para los sistemas de información y gestión sanitarios, la información relacionada con las intervenciones y resultados de enfermería son escasos, se orientan exclusivamente a la realización de ciertos procesos y tienen una escasa asociación a la PCBE. En otros contextos, se han desarrollado distintas iniciativas para la definición de indicadores estándares de cuidados como *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI), *Health Outcomes for Better Information and Care* (HOBIC), *Belgium Nursing Minimum Data Set* (B-NMDS) o *California Nursing Outcomes Coalition* (CalNOC)³⁰. Actualmente, se continúa trabajando en determinar conjuntos de indicadores aplicables a determinados contextos asistenciales, tanto a nivel europeo como internacional³¹. Las revisiones de literatura relacionadas con los indicadores estándares, asociados a la práctica enfermera, muestran una inconsistente evidencia sobre la sensibilidad de ciertos indicadores de uso común a causa de la gran variabilidad en las definiciones empleadas, así como en los mecanismos para la recolección de datos y su análisis³². Los indicadores de resultados más frecuentemente identificados fueron la prevalencia de úlceras por presión, la incidencia de caídas, los planes de cuidados y la satisfacción del paciente³³. Con normalidad, estos indicadores son recopilados junto a otros de carácter gestor en sistemas locales de recogida y análisis de información denominados cuadros de mandos de enfermería, empleados por los líderes para conocer los niveles de cuidados y facilitar la toma de decisiones³⁴.

Sin embargo, se abren nuevas perspectivas de desarrollo a nivel de evaluación, asociadas a las iniciativas de implantación de la PCBE que se acompañan de la revisión, el análisis y la validación clínica de indicadores de cuidados. El ejemplo más representativo es la evaluación asociada a las Guías de Buenas Prácticas desarrolladas por RNAO, compuesta por conjuntos de indicadores de proceso y resultado que evalúan la implantación de recomendaciones de cuidados y su efecto, facilitando la recogida y análisis y seguimiento mediante sistemas desarrollados *ad hoc* como CarEVID[®] o NQuIRE[®]³⁵. En la línea de estas iniciativas, el colectivo enfermero ha de trabajar no solo en la identificación y unificación de los indicadores sensibles a la práctica enfermera, sino también en su inclusión dentro de sistemas

de información clínica que permitan la explotación y posterior difusión interna y externa, de una manera accesible y en tiempo real. La multiplicidad de sistemas informáticos, de programas de calidad y los diferentes contextos pueden suponer una importante barrera. Sin embargo, la identificación de los componentes o datos primarios empleados como base para la construcción de los indicadores, puede ayudar a salvar estas limitaciones, puesto que estos datos primarios son acontextuales y pueden ser más fácilmente identificables en diferentes sistemas de registro clínico. La presencia de datos básicos de evaluación normalizados, abren el conocimiento enfermero al vasto mundo de posibilidades que ofrece el análisis *big data*, gracias a la cual, la integración de los sistemas de información clínica permitirán el desarrollo de modelos predictivos que podrían mejorar los resultados de la salud, la calidad de la atención y la seguridad del paciente³⁶.

El efecto de los resultados en la gestión del cambio: *the point of not return*

Siendo conscientes del reto que la enfermería tiene aun por alcanzar en lo referente a la estandarización y normalización de indicadores de cuidados, es preciso reflexionar sobre el uso y difusión de los resultados de implantación de la PCBE. La evaluación es inherente a cualquier proceso de mejora, constituyéndose como principio y fin del mismo. Considerando que la implantación de la PCBE ha de ser un proceso de transformación continuo, podría decirse que su evaluación tiene punto de partida, pero una vez iniciada ha de incorporarse a los sistemas de evaluación de las instituciones, cuadros de mandos y sistemas de acreditación de calidad de forma permanente. Al igual que los resultados de investigación carecen de valor si no son compartidos con la comunidad científica, el análisis de resultados asociado a la PCBE ha de ser difundido entre los profesionales que la llevan a cabo, para su conocimiento, discusión y propuestas de mejora³⁷.

La visibilización y transparencia de los resultados obtenidos mediante la implantación de la PCBE tiene un potente efecto transformador en la cultura profesional. Por ello, la enfermería clínica debe conocer la evolución de los resultados de su práctica³⁸. Es posible que las siguientes reflexiones ayuden a comprender esta cuestión:

- Un profesional que ha podido comprobar los beneficios objetivos y cuantificados de la aplicación de buenas prácticas en sus propios pacientes... ¿se plantearía volver a los cuidados tradicionales?
- Los equipos de enfermería que, aun habiendo acometido estrategias para el cambio de ciertas prácticas, no observaran mejoras en sus resultados... ¿no se plantearían nuevas estrategias?
- El profesional que cuestionando una sola vez su práctica, consiguiera reducir el riesgo de caídas o el riesgo de úlceras por presión, reducir la incidencia del deterioro de la piel periestomal, normalizar la detección y valoración del dolor mediante el uso de escalas validadas o incrementar las tasas de lactancia materna... ¿no se formularía nuevas preguntas? ¿no cuestionaría las prácticas que no estuvieran sustentadas en resultados de la investigación?

Por todo ello, el éxito de la transformación de los cuidados mediante la PCBE dependerá de la capacidad que los agentes de cambio y las instituciones tengan de llevar a sus profesionales al *point of not return*, es decir al momento en el que el inmovilismo y el escepticismo se ven superados por los resultados de una manera irrefragable. Los profesionales que miden los resultados de sus intervenciones tienden a experimentar un proceso de cambio hacia una cultura de mayor participación e implicación en el desarrollo de la práctica, implicación que se ve recompensada con el reconocimiento de la excelencia, cuando se alcanzan los objetivos propuestos.

Bibliografía

1. Siles-González J, Solano Ruiz C. El origen fenomenológico del «cuidado» y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la Enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 2007;11:19-27.
2. Morales-Asencio JM, Hueso-Montoro C, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M. 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. *Enferm Clin*. 2017;27:314-26.
3. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M. Investigación enfermera y políticas públicas de salud. De la «enfermeraginia» a la «enfermerología». *Enferm Clin*. 2017;27:141-3.
4. Morales-Asencio JM. Investigación en cuidados en España: la voluntad de las enfermeras, la voluntad política y el impacto en la población. *Enferm Clin*. 2017;27:269-70.
5. Pérez-Fuillat N, Solano-Ruiz MC, Amezcua M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. *Gac Sanit*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.002>.
6. Welsh T, Lyons CM. Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: An empirical contribution to the debate. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8:299-305.
7. Ingersoll G. Evidence based nursing: What it is and what it isn't. *Nurs Outlook*. 2000;48:151-2.
8. González-María E, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, López-González M. La colaboración Cochrane crea un Área de Cuidados de Enfermería. *Enferm Clin*. 2010;20:71-2.
9. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *Med UNAB*. 2015;17:163-9.
10. 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.
11. Moreno-Casbas T. Perspectives: Implementation strategies to adopt and integrate evidence-based nursing. What are we doing? *Journal of Research in Nursing*. 2015;20:729-33.
12. Wallis L. Barriers to implementing evidence-based practice remain high for US nurses. *Am J Nurs*. 2012;112:15.
13. Skela-Savič B, Hvalič-Toužery S, Pesjak K. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of nursing. *J Adv Nurs*. 2017;73:1910-23.
14. Chen YC, Tang LC, Chou SS. Strategy for promoting evidence-based nursing practice in hospital. *Hu Li Za Zhi*. 2013;60:25.
15. Pereira F, Pellaux V, Verloo H. Beliefs and implementation of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *J Clin Nurs*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14348>.
16. Oyesanya TO, Snedden TR. Pediatric nurses' perceived knowledge and beliefs of evidence-based practice in the care of children and adolescents with moderate-to-severe traumatic brain injury. *J Spec Pediatr Nurs*. 2018;23:e12209.
17. Kang Y, Yang IS. Evidence-based nursing practice and its correlates among Korean nurses. *Appl Nurs Res*. 2016;31:46-51.
18. Durán M. La renovación del conocimiento y la práctica. *Aquichan*. 2014;14:5-6.
19. Warren JI, McLaughlin M, Bardsley J, Eich J, Esche CA, Kropkowski L, et al. The strengths and challenges of implementing EBP in healthcare systems. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13:15-24.
20. Pericas-Beltran J, Gonzalez-Torrente S, Pedro-Gomez D, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2014;61:90-8.
21. Hanrahan K, Wagner M, Matthews G, Stewart S, Dawson C, Greiner J, et al. Sacred cow gone to pasture: A systematic evaluation and integration of evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12:3-11.
22. Malik G, McKenna L, Plummer V. Facilitators and barriers to evidence-based practice: Perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study. *Contemp Nurse*. 2016;52:544-54.
23. 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.
24. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14:35-45.
25. Baird LMG, Miller T. Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *Br J Community Nurs*. 2015;20:233-42.
26. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014;11:5-15.
27. Pape TM. Evidence-based nursing practice: To infinity and beyond. *J Contin Educ Nurs*. 2003;34:154-61.
28. Makarski J, Brouwers MC. AGREE Enterprise: una década de avances en las guías de práctica clínica. *Implement Sci*. 2014;9:103.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2006 [consultado Abr 2018] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>.
30. Xu X. Identification of nursing-sensitive indicators for nursing quality monitoring and reporting in an Australian context. Doctoral dissertation. Victoria University; 2015.
31. Ewald D, Huss G, Auras S, Ruiz-Canela Caceres J, Geraedts M. Development of a Core Set of Quality-Indicators for Paediatric Primary Care Practices in Europe. En: COSI-PPC-EU. In *European Journal of Pediatrics*. New York: Springer; 2017. p. 1461-2.
32. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *J Clin Nurs*. 2014;23:1785-95.
33. Heslop L, Lu S. Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014;70:2469-82.
34. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:143-9.
35. Grinspun D, Lloyd M, Xiao S, Bajnok I. Measuring the quality of evidence-based nursing care: NQuIRE-nursing quality indicators for reporting and evaluation data-system. *Med UNAB*. 2015;17:170-5.

36. Westra BL, Clancy TR, Sensmeier J, Warren JJ, Weaver C, Delaney CW. Nursing knowledge: Big data science. Implications for nurse leaders. *Nurs Adm Q.* 2015;39:304–10.
37. Chan S. Taking evidence-based nursing practice to the next level. *Int J Nurs Pract.* 2013;19 Suppl 3:S1–2.
38. de Labry Lima AO, Mochón LG, Tamayo C. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Rev Calidad Asistencial.* 2017;32:278–88.