



EDITORIAL

Enfermería basada en evidencias: caminando a hombros de gigantes



CrossMark

Evidence-based nursing: Walking on the shoulders of giants

Azucena Santillán García

Enfermería, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

Recibido el 3 de mayo de 2016; aceptado el 5 de mayo de 2016

En la rutina de la práctica del cuidado, son varias las cuestiones que atraen la atención de las enfermeras, bien sea porque son cuestiones desconocidas o porque las propias enfermeras plantean si el modo en el que se están haciendo las cosas es el mejor. A esto se le llama zona de incertidumbre, y es habitual en todas las profesiones sanitarias. Día a día las enfermeras lidiamos con dudas y toma de decisiones que nos obligan a permanecer actualizadas. Pero ¿cómo nos actualizamos?, ¿Cuáles son las fuentes de actualización de conocimiento? Si asumimos que el «siempre se ha hecho así» debe ser desterrado de nuestro pensamiento profesional y que la experiencia no puede ser nuestra única fuente de conocimiento, necesitamos pruebas que nos indiquen cómo aplicar nuestros cuidados de la mejor manera posible. Desde este punto de partida necesitamos empezar un recorrido hacia la homogenización de criterios en la práctica enfermera, cuya meta sea la excelencia en cuidados. Este camino ha de estar guiado por pruebas que nos ayuden a no salirnos de los estándares de efectividad, eficacia y eficiencia, y que además tengan en cuenta la opinión de los pacientes y el juicio clínico de los profesionales... Estamos hablando de las prácticas basadas en las evidencias (PBE), ya que las pruebas de las que hablamos no son otra cosa que los resultados de la investigación en cuidados de salud.

Correo electrónico: ebevidencia@gmail.com

La concepción de la PBE parte de la práctica médica y luego fue adoptada por una amplia gama de profesionales sanitarios entre los que se encuentran las enfermeras. La medicina basada en la evidencia (MBE) tal y como la entendemos en la actualidad nació en los años 90 en la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá) bajo el liderazgo de Gordon Guyatt y la colaboración de David Sackett, Brian Haynes y Deborah Cook. Este grupo de trabajo afirmó que los resultados (las evidencias) de las investigaciones son la mejor forma de tomar decisiones en salud. Así, la MBE se presenta como la alternativa a la medicina tradicional basada únicamente en la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad y en la experiencia clínica¹.

El propio Sackett definió la MBE como la «utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente»².

Hay más definiciones sobre lo que se entiende como PBE, pero son muy semejantes y todas ellas coinciden en unos aspectos importantes:

- Las decisiones deben tomarse en base a la mejor evidencia disponible.
- Además de la evidencia se necesita incorporar el juicio clínico y habilidades del profesional sanitario.
- Deben incluirse aspectos básicos como son las preferencias del paciente y los recursos disponibles.

Además, desde un punto de vista didáctico, las PBE se suelen describir a través de un proceso de 5 fases consecutivas:

1. Identificación del área de incertidumbre (duda o pregunta) y estructuración en formato PICO (paciente/problema, intervención, comparador y *outcome* o resultado) para convertirla en una pregunta clínicamente contestable.
2. Búsqueda de las mejores evidencias que den respuesta a la pregunta PICO (lo que muchas veces de manera coloquial se denomina «búsqueda bibliográfica», aunque esta denominación no sea del todo exacta). Cada vez más bases de datos y metabuscadores incorporan en sus cajas de búsqueda este formato, lo cual facilita mucho la especificidad de las búsquedas documentales.
3. Lectura crítica de las evidencias halladas para valorar tanto su validez interna (calidad metodológica) como su validez externa (aplicabilidad). Para este paso contamos con herramientas específicas para cada diseño de investigación, como son las parrillas de verificación de la red Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) en español o las Fichas de Lectura Crítica (FLC) de Osteba³.
4. Aplicación en la práctica de lo que nos ha enseñado la literatura científica al buscar la respuesta a nuestra pregunta.
5. Evaluación de los resultados obtenidos al implementar los cambios que nos habían sugerido las evidencias que habíamos seleccionado.

Esta secuencia desde un punto de vista didáctico es muy visual y ayuda a comprender la dinámica de las PBE, pero en la práctica clínica las enfermeras no se pueden detener a elaborar preguntas PICO, buscar evidencias en las bases de datos, realizar lecturas críticas entre pares... Estas actividades se realizan, pero no de una manera rutinaria. Para dar respuesta a la agilidad que precisa el día a día contamos con las fuentes terciarias, que son el producto de que otras personas (expertos normalmente) hayan elaborado este proceso. Nos referimos por ejemplo a las Guías de Práctica Clínica (GPC), las hojas de buenas prácticas (Best Practice Information Sheet [BPIS]) del Instituto Joanna Briggs y sus centros colaboradores. Por ejemplo, si una enfermera necesita conocer cuáles son las mejores estrategias para promover el auto-sondaje intermitente en adultos con vejiga neurógena, no necesita más que consultar el BPIS correspondiente que cuenta con la mejor evidencia disponible para ese tema, así como un algoritmo de toma de decisiones y las recomendaciones pertinentes etiquetadas con su nivel de evidencia y grados de recomendación⁴. Si acaso no contamos con fuentes terciarias de este tipo actualizadas (como sucede con el caso de las GPC sobre el «ictus» de GuiaSalud, que datan de 2005), siempre podemos recurrir a los nuevos metabuscadores como Epistemonikos (<http://www.epistemonikos.org/es/>), que de forma rápida nos lanzan documentos terciarios revisados con las mejores evidencias (como por ejemplo revisiones sistemáticas). En el caso concreto de las revisiones sistemáticas no se puede dejar de consultar la Cochrane Library ya que es un repositorio específico para este tipo de documentación⁵.

Como se ve, la parte de la búsqueda de evidencias gracias a las TIC es cada vez menos complicada aunque los propios sistemas informáticos precisen de una curva de aprendizaje ineludible. Es en el siguiente paso, en la implementación de las evidencias, donde actualmente se están dedicando más esfuerzos.

Las innovaciones en el mundo de la eSalud, eHealth o Salud Digital, ha repercutido también positivamente en el ámbito de las PBE, concretamente desde la mHealth (salud móvil) ya que disponemos de numerosas Apps útiles para cada una de las fases que acabamos de describir, y esto nos permite llevar en el bolsillo múltiples herramientas que nos pueden agilizar las PBE⁶.

De nada sirve investigar si no se utilizan los resultados de la investigación. Y he aquí donde descubrimos un talón de Aquiles para la profesión, dado que se han descrito numerosas barreras para la utilización de la investigación en la práctica clínica, como por ejemplo no tener tiempo suficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas, desconocer las investigaciones o el hecho de que la enfermería no se siente capaz de evaluar la calidad de la investigación⁷. Estas barreras para utilizar la investigación precisan de apoyo institucional y de una estructura que facilite la implementación de evidencias, y en esa dirección se está trabajando en el «Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados». Este programa surge en España del acuerdo entre 3 instituciones comprometidas con las PBE: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Su objetivo es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO y así crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados.

En mi opinión, la evidencia científica difícilmente se puede implementar y llevar a nuestra práctica diaria sin apoyo institucional, al menos de una manera global y engranada dentro del propio sistema. Por eso es imprescindible que nos impliquemos todos: profesionales, gestores y sociedades científicas..., y que impliquemos a los pacientes en el proceso para conocer lo que realmente quieren y necesitan del sistema sanitario y de nuestros cuidados. Las enfermeras a nivel individual pueden preocuparse de obtener soltura en la búsqueda de evidencias, en su evaluación crítica, etc., pero aplicar los resultados de las investigaciones requieren de soporte y la mejor forma de instrumentalizar esa aplicación es a través de los mencionados protocolos y guías basadas en evidencias.

Por último, apuntar que el propio movimiento de la MBE en su génesis apostó por la flexibilidad y el desarrollo continuo, ya que las investigaciones avanzan y las evidencias pueden variar de signo (variando sus recomendaciones). Por eso no podemos alentar el evidencio-escepticismo que describe García-Fernández⁸ (tendencia que acepta todas las evidencias que concuerdan con lo que se cree y rechaza todo aquello que va en contra de sus creencias) y tampoco pretendamos ser más papistas que el Papa y nos convirtamos en evidencio-fundamentalistas y férreos defensores de

que la verdad se esconde únicamente tras ensayos clínicos aleatorizados doble ciego... La experiencia es importante y la investigación todavía no cubre todas las áreas de incertidumbre, así que necesitamos ser flexibles y adaptarnos a los posibles escenarios. Si nos acostumbramos a que la experiencia sea nuestra única fuente de conocimiento, estaremos perdiendo la oportunidad de trabajar con garantías de efectividad, eficacia y eficiencias probadas, es decir, con garantías de calidad.

Decía Bernardo de Chartres que somos como enanos a los hombros de gigantes. Podemos ver más, y más lejos que ellos, no por la agudeza de nuestra vista ni por la altura de nuestro cuerpo, sino porque somos levantados por su gran altura. Del mismo modo, hoy tenemos la oportunidad de trabajar caminando hacia la excelencia gracias a todos los recursos basados en evidencias científicas que disponemos: GPC, protocolos basados en evidencias, documentos de consenso, etc,... Nunca llegaremos más lejos si somos capaces de implementar los resultados de las investigaciones que se han desarrollado en el ámbito de los cuidados, es decir, si practicamos una enfermería basada en evidencias

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Guyatt G. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268:2420-5.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
3. Santillán A. Lectura crítica de la evidencia científica. *Enfermería en Cardiología*. 2014;XXI:15-8.
4. Estrategias para promover el auto-sondaje intermitente en adultos con vejiga neurógena. *Best Practice*. 2011;15:1-4.
5. Aleixandre Benavent R, González Alcaide G, González de Dios J, Alonso Arroyo A. Fuentes de información bibliográfica (I). Fundamentos para la realización de búsquedas bibliográficas. *Acta Pediatr Esp*. 2011;69:131-6.
6. Santillán A, Martínez JM. APPs de salud: Nuevas herramientas para el cuidado del paciente cardiológico. *Enfermería en Cardiología*. 2015;XXII:28-34.
7. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, de Miguel ÁG. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin*. 2010;20: 153-64.
8. García-Fernández FP. Enfermería basada en la evidencia ¿realidad o ficción? *Evidentia*. 2012;9 [consultado 2 May 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev3901.php>.