

CÓMO UTILIZAR LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

HOW TO USE EVIDENCE-BASED NURSING.

COMO UTILIZAR A ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA.

Autores:

Erika Caballero Muñoz¹, Abdul Hernández Cortina².

Recibido: 05/11/2012

Aceptado: 13/12/2012

RESUMEN

La Enfermería basada en la evidencia se ha incorporado con fuerza en el mundo sanitario, su aplicación se basa en la necesidad de dar un cuidado de enfermería más seguro y de alta calidad, desafío que se hace necesario en esta sociedad del conocimiento, donde las enfermeras y enfermeros deben poseer competencias de búsqueda, organización, interpretación, evaluación crítica y validación de información, aplicación de la evidencia en la práctica y evaluación de la efectividad, eficacia en la toma de decisiones con juicio clínico crítico. Así como competencias para la propia gestión del conocimiento y aprendizaje continuo.

El presente artículo conceptualiza la enfermería basada en la evidencia y sus elementos, las limitaciones y la forma de enfrentarlas. Se analizan los pasos metodológicos desde la formulación de la pregunta clínica hasta la evaluación de la implementación de la evidencia.

Palabras clave: enfermería basada en la evidencia, evidencia científica, investigación, práctica basada en la evidencia.

ABSTRACT

Evidence-based nursing has built strong in health world, its application is based in the need of giving a safer and a higher quality nursing care, a needed challenge in this knowledge society in which nurses must possess competence of search, organization, interpretation, critical evaluation and information validation, application of practical evidence and effectiveness evaluation, effectiveness in making decisions with a critical and clinical trial. As well as competence for own knowledge and

learning management.

This article conceptualizes evidence-based nursing and its elements, limitations and ways of facing them. Methodological steps are analyzed since the formulation of the clinical question to evaluation of evidence implementation.

Keywords: evidence-based nursing, scientific evidence, investigation, evidence-based practice.

RESUMO

A Enfermagem baseada na evidência entrou com força no mundo sanitário baseando sua aplicação na necessidade de prestar cuidados de enfermagem mais seguros e de alta qualidade, desafio que se tornou necessário nessa sociedade do conhecimento, onde enfermeiras e enfermeiros devem possuir competências de pesquisa, organização, interpretação, avaliação crítica e validação da informação; aplicação da evidência à prática e avaliação da sua efetividade: eficácia na tomada de decisões com senso clínico crítico. Todavia, possuir competências para a própria gestão do conhecimento e da aprendizagem contínua.

O presente artigo conceitua a enfermagem com base na evidência e seus elementos, suas limitações e a forma de encará-las. Os passos metodológicos são analisados desde o momento da formulação da pergunta clínica até a avaliação da instrumentalização da evidência.

Palavras-chave: enfermagem baseada na evidência, evidência científica, pesquisa, prática baseada na pesquisa.

¹ Enfermera Matrona, Mag. en Diseño Instruccional, Centro de Informática en Salud de la Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Central, Chile, ecaballe@gmail.com

² Lic. en Enfermería. Dr. en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Manitoba, Canada. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, La Habana.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud está colmado de incertidumbre. Preguntas como: ¿Cuál intervención es más efectiva para lograr determinado resultado en los pacientes? ¿Cuáles son las experiencias de los pacientes ante una enfermedad? Estas preguntas son realizadas a diario por los profesionales de la salud. Por otro lado, los pacientes quieren recibir un cuidado de calidad y los enfermeros/as desean proveerlo. Afortunadamente, el objetivo de la enfermería basada en la evidencia (EBE) es disminuir el nivel de incertidumbre que pacientes y profesionales experimentan en los complejos sistemas de salud y con ello proveer cuidados de calidad. En este sentido, la literatura sustenta que los pacientes que reciben intervenciones provenientes de la mejor evidencia disponible experimentan hasta un 28% de mejores resultados (1). Por otra parte, los prestadores de cuidado que utilizan las evidencias manifiestan mayores niveles de satisfacción que aquellos que no la emplean (2). También esta práctica disminuye los costos de salud.

Numerosos son los estudios que reportan los beneficios de la evidencia disponible. Lamentablemente la implementación de la EBE a la práctica clínica resulta inconsistente y el abismo entre la investigación y la práctica es sustancial (3).

CONCEPTUALIZACIONES

Definición de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

La EBE es el uso consciente de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. Es un método de resolución de problemas para la práctica clínica que integra:

- Búsqueda sistemática y evaluación crítica de las evidencias más relevantes para responder preguntas de la práctica clínica.
- La **experticia de los profesionales.**
- Las preferencias de los pacientes y sus valores (4).

Algunas críticas de la enfermería basada en evidencia descritas son:

- Se considera un nuevo término (o modo) de utilización de la investigación debido a que es semejante a la manera en que son utilizados los estudios originales.
- La EBE es considerada un libro de cocina en el cual no se tiene en cuenta la individualidad de los pacientes.
- Hace más énfasis en las evidencias provenientes de los ensayos clínicos y menos en estudios cualitativos.
- **Pone poco énfasis en la consideración de las teorías, así como aspectos humanísticos del cuidado.**

- Se observan diferentes conclusiones sobre que práctica debe ser mejor en la evaluación crítica de los mismos resultados de estudios clínicos.

Estas críticas son refutables si se amplía la definición de evidencia. Ésta, como termino general, se describe como una cosa que es cierta y precisa, que consecuentemente da claridad en la forma de comunicar un mensaje. Al usar evidencia esto resulta en conceptos, términos y entidades que son indudable o innegable al aplicarlos (5). Esto involucra entonces, no solo la mejor evidencia disponible de los estudios y revisiones sistemáticas, sino aquella que surge desde la propia práctica y que es el resultado de la investigación de la ficha clínica y las bases de datos subyacente, así como del uso del conocimiento que deriva de la teoría y de la investigación cualitativa para la toma de decisiones de la persona, su familia y comunidad.

Houser y Oman (6), citando a Haynes, expanden la definición y desarrollo de un modelo prescriptivo de decisiones clínicas basadas en evidencia. Su modelo se focaliza en el individuo y proveedor de salud, incorporando lo siguiente: el estado clínico del paciente, el entorno, las preferencias y acciones del paciente, la evidencia de la investigación y, como vimos, la expertez clínica. Las autoras señalan que Di censo (2005) expande el modelo a 4 elementos, los ya descritos y un nuevo componente, los recursos del cuidado de salud que se superpone a la experiencia clínica, estos recursos incluyen fuentes robustas de información, como datos de auditoría, entre otros. Esto incluye componentes clave de creación de conocimiento, difusión, diseminación, adopción, implementación e institucionalización. Este concepto se representa en la figura siguiente que muestra la relación entre la evidencia y la experiencia.

El centro iberoamericano de Cochrane define la Práctica Clínica Basada en la Evidencia como un acercamiento a la toma de decisiones en la cual los clínicos usan la mejor evidencia disponible, en consenso con el paciente, para decidir cuál será la opción más satisfactoria para éste (7). Esta definición también enfatiza en la persona, reconoce que la atención es individualizada, en constante cambio e implica incertidumbres y probabilidades. Los modelos de EBE están constituidos por diferentes pasos escalonados. A pesar de las diferencias entre los modelos se aprecian puntos en común. En este sentido los pasos propuestos por Flemming (1998) pueden ser una estructura viable para aquellos que asuman en su práctica profesional esta metodología. Estos pasos son:

- **Formulación de la pregunta clínica:** Las necesidades de información de la práctica se convierten en preguntas específicas y estructuradas.
- **Coleccionar la mejor y más relevante evidencia:** Las preguntas focalizadas se utilizan como base

para la búsqueda de literatura con el fin de identificar evidencia externa relevante desde la investigación.

- **Evaluación crítica de la evidencia:** Se evalúa críticamente la validez y generalización de la evidencia de la investigación.

- **Integrar toda la evidencia con la experticia clínica, preferencia del paciente y sus valores:** Implica que la mejor evidencia disponible es usada junto a la experiencia clínica y la perspectiva del paciente para planificar el cuidado.

- **Evaluar el cambio en la práctica:** Se evalúa el desempeño a través de un proceso de auto-reflexión, auditoría o evaluación por pares (8).

Formulación de la pregunta clínica

El primer paso es obtener la información correcta para determinar el problema real, que se traduce en preguntas para permitir investigar y ser respondida. Es importante distinguir entre dos tipos de preguntas, las generales (background questions) y las preguntas de primer plano (foreground questions). Las primeras o generales son aquellas que son respondidas como base para cuestionarse preguntas de primer plano (4). Las preguntas generales pueden ser descritas como aquellas que se cuestionan sobre información general acerca de aspectos clínicos. Estos tipos de preguntas tienen dos componentes, el inicio de la pregunta (Qué, cómo, cuándo, dónde, por qué) y el resultado de interés (ejemplo: diagnóstico clínico). Muchas veces cubren un amplio rango de problemas biológicos, psicológicos y sociológicos. Un ejemplo de este tipo de preguntas puede ser: ¿Cómo la hemodinámica difiere con los cambios de posición? Este tipo de respuestas puede encontrarse en los libros de texto y el investigador debe darse cuenta cuando está delante de una pregunta general para que no pierda tiempo en la búsqueda en bases de datos.

Las preguntas de primer plano o foreground questions son aquellas que son respondidas desde la evidencia científica, éstas se enfocan en conocimiento específico. Este tipo de preguntas son más específicas y son las que pueden ser investigadas y respondidas mediante esta metodología (EBE). Un ejemplo de esta pregunta puede ser: ¿Qué es más efectivo para el cuidado del paciente postrado, el uso de tecnología móvil o la atención tradicional? ¿Cuál posición es más efectiva en pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo, la posición prona o supina? Este tipo de cuestionamiento, llamadas también preguntas clínicas, provienen de la incertidumbre científica, esta incertidumbre es la que engendra la investigación (Inquiry). Estas preguntas provienen de áreas como etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y pronóstico. Los interrogantes en el ámbito de la investigación cualitativa son parte, también, de los cuestio-

namientos clínicos y están destinadas a determinar los significados, experiencias y comprender la influencia de la cultura en el cuidado de la salud. Cualquiera que fuese la pregunta científica debe tener los componentes necesarios para formular cuidadosamente y facilitar eficientemente los resultados sobre la evidencia disponible.

Las preguntas específicas generalmente tienen cinco componentes y son descritas con el acrónimo **PICOT**. Las preguntas bien formuladas conducen a los subsecuentes pasos del proceso de la EBE. P-Patient (paciente), I-Intervention (intervención), C-Comparison (comparación), O-Outcome (resultados), T-Time (tiempo).

- La **población o paciente** puede ser fácil de identificar, pero sin una explícita descripción de por quién está constituida la población el investigador puede comenzar con una búsqueda errónea.

- La **intervención** de interés incluye cualquier exposición, tratamiento, percepción del paciente, diagnóstico o factor pronóstico. Mientras más específica este declarada la intervención, la búsqueda bibliográfica estará más focalizada.

- La **comparación** puede ser otro tratamiento o un cuidado estandarizado, un control o placebo. Por ejemplo, puede ser el uso del nivel de acceso a la ducha en pacientes discapacitados incrementa la higiene personal más que el baño en cama. En este caso la comparación es el baño en cama, intervención utilizada usualmente.

- La identificación de los **resultados** permite encontrar evidencias sobre las mismas variables que se plantean en los resultados, en una pregunta puede haber varias variables de resultados pero todas bajo una misma sombrilla. Por ejemplo, en la pregunta: ¿Es más efectivo las bebidas con electrolitos saborizados en niños con edad escolar para disminuir la deshidratación (sequedad mucosa, la fiebre, taquicardia y la irritabilidad) que el agua solamente? En este caso el resultado es la deshidratación y los síntomas sequedad de la mucosa, fiebre, taquicardia e irritabilidad forman parte de la misma.

- El **tiempo** se refiere al período en que debo obtener los resultados, el estudio debe dar cuenta de que manera y en que tiempos se evidenciaron los resultados esperados. Algunas preguntas que ayudan a orientar cómo hacer la pregunta de búsqueda para EBE son (9):

Paciente.

¿Cómo describiría a un grupo de pacientes similar al que me interesa?

¿Cuál es el espectro de pacientes sobre los que necesito obtener información?

¿A qué sexo y grupo etario pertenecen?

¿Son un grupo circunscrito o se asimilan a la población?

¿Qué particularidades poseen?

Intervención.

¿Cuál es la principal intervención, factor, pronóstico, o exposición que me interesa evaluar?

Restringir la pregunta, si es muy amplia o compleja, segmentarla a intervenciones acotadas.

Comparación.

¿Cuál es la alternativa principal con la que debo comparar la intervención?

Para acotar la búsqueda de información a lo pertinente.

Resultados.

¿Qué me interesa evaluar, medir, mejorar o afectar?

¿Cuáles son los efectos o desenlaces importantes a tener en cuenta en el problema?

Tiempo.

¿En cuánto tiempo se logró el efecto esperado?

¿Cuál es el mínimo y máximo tiempo para llevar a cabo la intervención?

¿Cuál es la medida en unidades relativas de valor (tiempo enfermera/o)?

De esta manera la duda o problema inicial es transformado entonces en una pregunta de evaluación específica (10).

¿Cuál es la mejor evidencia...?

¿Existe evidencia...?

Otros modelos, para elaborar preguntas de práctica basada en la evidencia en el caso de la salud pública, son SPICE y ECLIPSE:

SPICE	ECLIPSE
Enclave o contexto (Setting)	Expectativas (sobre la mejora, innovación o información)
Perspectiva	Clientes (¿quiénes son los destinatarios del servicio?)
Intervención	Localización (¿dónde se emplaza el servicio?)
Comparación	Impacto (¿cuál es el cambio en el servicio que se busca? ¿cómo se mide?)
Evaluación	Profesionales implicados Servicio

Coleccionar la mejor y más relevante evidencia.

El segundo paso consiste en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, según Guyatt & Rennie (2002) (11) se debe comenzar a buscar en meta-análisis y guías de práctica clínica sustentadas en evidencias, ya que presentan el mejor nivel de certeza. En la literatura consultada se observan numerosas tablas de jerarquía de evidencias, se tomara la referida por Guyatt & Rennie (2002). Se debe tener en cuenta esta tabla a la hora de valorar el tipo de estudio que se va a seleccionar de la búsqueda realizada.

Nivel	Tipo de estudio
Nivel I	Revisiones sistemáticas, meta-análisis, relevantes ensayos clínicos, guías clínicas basadas en evidencias o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos.
Nivel II	Evidencias obtenidas de al menos un ensayo clínico bien diseñado.
Nivel III	Evidencias obtenidas de estudios cuasi-experimentales.
Nivel IV	Evidencias obtenidas de estudios de cohorte y casos y controles.
Nivel V	Evidencias obtenidas de revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos.
Nivel VI	Evidencias obtenidas de estudios cualitativos y descriptivos.
Nivel VII	Evidencias obtenidas de opinión de expertos y autoridades

El último grado de evidencia resulta crucial, ya que el consenso obtenido en guías de práctica derivadas de la revisión de la literatura (estados del arte) y/o experiencias clínicas de expertos resulta ser decisivo.

Mazurek y Fineout-Overholt (2005) proponen cuatro herramientas para coleccionar la mejor evidencia:

1. Elegir la base de datos correcta.
2. Entender la estructura de la base de datos.
3. Hablar en el lenguaje de la base de datos.
4. El conocimiento correcto de la fuente correcta.

1. Elegir la base de datos correcta.

Elegir la evidencia correcta es como buscar una aguja en un pajar. Para ello las bases de datos ofrecen una gran cantidad de información científica. Para elegir la base de datos correcta se necesita conocer las disponibles y que información presentan.

2. Entender la estructura de la base de datos.

Después de realizar la pregunta científica y seleccionar las bases de datos se realizará la búsqueda en dependencia del tipo de interrogante realizado y las características de la base de datos.

Los tipos de bases de datos más utilizadas para buscar evidencias relevantes de preguntas clínicas son aquellas que contienen datos bibliográficos y texto completo. En este sentido se observan dos tipos de bases de datos, las bibliográficas y las de texto completo. Las **bases de datos bibliográficas** contienen información sobre publicaciones, que incluye autor, título, nombre de la revista y el editor. A menudo describen el estudio mediante un resumen o sinopsis. Estas bases de datos

no contienen textos completos y se utilizan para buscar detalles sobre artículos necesarios para responder la pregunta clínica, muchas veces denominados puntos de acceso. Entre estas bases de datos se encuentran CINAHL, PsycINFO y MEDLINE. Una vez que usted tenga las características de los artículos que necesita (título, autor, revista y editor) puede buscar el texto completo, si lo necesita, en bases de datos de texto completo o en aquellas que siendo bibliográficas, el suscriptor haya solicitado los servicios de texto completo. El siguiente cuadro ofrece una descripción de las bases de datos más utilizadas en salud.

Base de datos	URL
CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature	http://www.cinahl.com
MEDLINE: National Library of Medicine.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
EMBASE: Excerpta Médica Online.	http://www.embase.com
PsycINFO: Esta disponible a través de APA y Ovid. Para pagos individuales	http://www.apa.org/psycinfo/products/individuals.html
Cochrane Database of Systematic Reviews.	http://www.cochrane.org

3. Hablar en el lenguaje de la base de datos.

En el caso de las bases de datos bibliográficas el lenguaje se organiza o estandariza en un vocabulario controlado o tesoro controlado. Esto da una forma efectiva de realizar la búsqueda de información cuando la pregunta científica es específica, limitada y el investigador tiene bien concebido los conceptos claves relacionado con la pregunta clínica.

Muchos términos no aparecen en los tesauros, por lo que es necesario utilizar, para la búsqueda, palabras de

texto y frases. Estas son palabras del vocabulario simple y se utiliza cuando el investigador desea especificar la búsqueda y enfocarse en unos pocos artículos. Tiene el inconveniente de presentar jergas y lenguaje ambiguo. Por esta razón es necesario formular con cuidado la pregunta científica, evitando usar términos ambiguos y jergas con vistas a realizar la mejor búsqueda y en el menor tiempo posible.

Algunas bases de datos como MEDLINE y CINAHL dan la opción de utilizar dos técnicas para limitar o expandir la búsqueda en los tesauros. Estas son "Focus" y "Explode". La primera se refiere a la opción que busca y retoma solo los artículos que contienen en el encabezamiento los términos buscados. El "Explode" es la opción que busca artículos que tiene todos los términos específicos y relacionados en orden jerárquico en el tesoro. Es utilizado cuando se disponen de pocos artículos sobre el tema buscado y cuando se necesitan ampliar los términos de búsqueda.

Como se había declarado en los párrafos anteriores, no todos los términos están en los tesauros, ni se buscan todos en MEDLINE y CINAHL. Por lo que se requiere de palabras de textos y frases para identificar artículos necesarios para responder la pregunta científica. Por tanto, se deben usar técnicas para combinar y limitar la búsqueda. Para comenzar la indagación se necesita utilizar los conceptos de la pregunta realizada con la metodología PICOT, estos no deben tener ni jergas ni conceptos ambiguos.

4. El conocimiento correcto de la fuente correcta.

El conocimiento procede de diferentes fuentes, en dependencia de la pregunta científica es necesario seleccionar los tipos de estudios requeridos para responder la cuestión con claridad, también se debe tener en cuenta la tabla de jerarquía de evidencias propuesta por Guyatt & Rennie, descrita en este mismo tópico. En la siguiente tabla se ejemplifican algunas preguntas y los respectivos diseños para responderlas.

Ejemplo de pregunta	Diseño
En pacientes con distress respiratorio agudo, ¿Cuán efectivo es la posición decúbito prono en los parámetros del destete comparado con la posición supina?	Revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos
En las mujeres embarazadas, ¿Cuál es el efecto del cuidado prenatal en el parto y la salud del recién nacido comparado con la no prestación de cuidados prenatales?	Estudios cuasi-experimentales
¿Cómo es vivir con una esposa que tiene Alzheimer?	Cualitativo
¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de los padres que pierden a sus hijos producto del VIH?	Descriptivo
¿Cuál es el estándar nacional para la prevención del vagabundeo en pacientes con Alzheimer?	Opinión de expertos y reportes de organizaciones profesionales

Pero la forma de conocer si los estudios recolectados son válidos para responder la pregunta es mediante la evaluación crítica (critical appraisal).

Evaluación crítica de la evidencia

El proceso de evaluación crítica de la evidencia puede resumirse en las respuestas a tres preguntas:

- ¿Cuáles fueron los resultados del estudio?
- ¿Son los resultados válidos?
- ¿La muestra empleada en el estudio es similar a la población o paciente declarada en la pregunta clínica?

Para responder estas preguntas el investigador se asegura de la relevancia y transferibilidad de la evidencia proveniente de la búsqueda realizada. Se debe tener en cuenta que la información proveniente de la investigación, experticia clínica y opinión de pacientes constituye la evidencia necesaria, pero cada una de ellas en solitario es insuficiente para tener una mejor práctica. El objetivo de la EBE es usar el conocimiento de mejor calidad para proveer los cuidados de mayor impacto en el estado de salud de los pacientes. En la toma de decisiones clínicas el criterio clave es la **certeza**.

La **certeza** es el máximo nivel de confianza de que las acciones clínicas producen los resultados deseados. Debido a que las acciones clínicas están dirigidas a ayudar a los pacientes a lograr sus objetivos de salud, es necesario tener un alto nivel de certeza, tal que al realizar determinadas acciones consigamos el logro de los objetivos deseados. Por esta razón se debe hacer la evaluación crítica de los estudios buscados (12).

Los expertos han desarrollado taxonomías para evaluar el grado de fortaleza de las evidencias. En este sentido la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) incorporó tres dominios para determinar la fortaleza de la evidencia: **calidad, cantidad y consistencia**.

Cantidad: El número de estudios que han evaluado la pregunta, la muestra general de los estudios, magnitud del efecto del tratamiento, fortalezas de la evaluación de la causalidad como el riesgo relativo.

Calidad: El grado en que el diseño del estudio y el análisis minimizan los sesgos de selección, de medición y de variables (validez interna).

Consistencia: Si las investigaciones con similares y diferentes diseños reportan resultados similares.

Cabe destacar que la información incompleta e inadecuada de la investigación dificulta la evaluación de las fortalezas y debilidades de los estudios publicados en

la literatura médica. Los lectores necesitan saber lo que estaba previsto (y lo que no), lo que se hizo, lo que se encontró y lo que significan los resultados.

Por otro lado la creación de Checklist para evaluación de los estudios constituye una herramienta rápida que permite valorar la calidad de la evidencia disponible.

Los Checklist ofrecen la metodología para lograr que los reportes de investigación en informática en enfermería tengan las características antes mencionadas. Un ejemplo de este tipo de instrumentos para chequear los estudios es STROBE¹, una iniciativa internacional de colaboración de epidemiólogos, metodólogos, estadísticos, investigadores y editores de revistas que participan en la realización y difusión de estudios observacionales de cohortes, casos y controles, y estudios transversales.

En los estudios cualitativos se utilizan otros criterios para evaluar la calidad de la evidencia. Los elementos que permiten a otros reconocer las experiencias contenidas dentro del estudio a través de las experiencias de los participantes².

La evaluación crítica de la evidencia implica determinar la capacidad de transferir los resultados o métodos de un grupo a otro, el grado en que los resultados pueden ser aplicados en otros contextos con otros participantes; esto ocurre cuando otro investigador puede seguir los pasos y metodología realizada por el investigador. La llamada auditoria (Audit trial) que se logra cuando se describen el propósito del estudio, como fueron seleccionados los participantes, como fueron recolectados los datos, como los datos fueron interpretados y llevados al análisis y las técnicas utilizadas para determinar la credibilidad de los datos. Se prueba así que los resultados y su interpretación son productos de los datos obtenidos, lo que se establece una vez que la credibilidad, transferibilidad y la fiabilidad han sido establecidas.

Integrar toda la evidencia con la experticia clínica, preferencia de pacientes y sus valores.

Este es el cuarto paso de la EBE y consiste en totalizar todos los elementos disponibles, tanto los resultados de los estudios, la experticia clínica de los practicantes y los intereses, valores y aspectos éticos de los pacientes. Rosswrum y Larrabee (1999) proponen un modelo sistemático de cambio para trasladar e integrar los hallazgos de la investigación a la práctica diaria.

- Valoración de la necesidad del cambio en la práctica por la existencia de incertidumbre, de donde surge la pregunta.
- **Enlace entre problema, intervención y resultados.**
- Síntesis de la mejor evidencia.

¹ Los Check list de STROBE, están disponibles en <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

² Representatividad de los participantes, muestreo intencional, saturación, verificación de la información con los informantes.

- Diseño del cambio en la práctica, esta fase es clave, si el cambio no se planifica resulta ser poco exitoso en la práctica.
- Implementación y evaluación del cambio.
- Integración y mantenimiento del cambio en la práctica (13).

Si analizamos qué significa implementar la evidencia en la práctica, podemos decir que en el cuidado de la salud hay muchos términos implicados al introducir la innovación o cambio en la práctica, tales como mejoramiento de la calidad, desarrollo de la práctica, adopción de innovación (14).

La implementación es un aspecto significativo, que requiere de:

Difusión: la información es distribuida sin ayuda, ocurre naturalmente (pasivamente) a través de la adopción de políticas, procedimientos y prácticas de los clínicos.

Diseminación: la información es comunicada (activamente) a los clínicos para mejorar sus habilidades y conocimientos, con un público objetivo seleccionado para la diseminación.

Implementación: integrando la información en forma sistemática y activa en el lugar de trabajo, identificando las barreras del cambio. Una orientación efectiva de las estrategias de comunicación para direccionar y superar las barreras, utilizando técnicas administrativas y educativas para aumentar la efectividad.

Adopción: los clínicos se comprometen y cambian realmente su práctica. Esto implica entonces estrategias de difusión pasiva y natural, diseminación activa e implementación sistemática de la información y cambio en la práctica (15).

Considerar las preferencias de los usuarios.

El cuidado de la salud se realiza en función de la satisfacción del usuario, favorece el logro de objetivos y metas conjuntas entre los profesionales de salud, cuidadores y el propio paciente, dado que cuidar la salud y prevenir la enfermedad es un asunto de todos.

En las últimas décadas vienen apareciendo algunas herramientas ético-jurídicas para llevar a la práctica, según diferentes modelos que promueven la participación del usuario, la llamada "Planificación Anticipada" de la Atención, en un intento de garantizar el respeto a la autonomía del enfermo, incluso en aquellas situaciones en que el interesado no puede participar activamente en la toma de decisiones. Así mismo la teoría del "Consentimiento Informado", entendido éste como un proceso comunicativo, constituye una de las principales expresiones de la defensa del principio de autonomía

y las actitudes de deliberación y de participación en la toma de decisiones, que forman parte del nuevo paradigma de relación clínica que se ha venido imponiendo en las últimas décadas (16).

Como señala Ruiz (2005), otro aspecto que resulta clave en el reconocimiento de valores y preferencias de los usuarios es la cada vez mayor variabilidad étnica, religiosa y cultural que nos exige, como profesionales, aumentar nuestra competencia cultural en la atención sanitaria, para tener en cuenta la diversidad en la concepción misma de la salud, la enfermedad, la asistencia y evitar la imposición cultural en la creencia de que por ser profesionales de salud nuestras decisiones están sobre las de los otros (paciente). Se debe entonces considerar las peculiaridades personales dentro de cada grupo, las cuales justificaría la participación del propio interesado en la toma de decisiones sanitarias (16).

La valoración de una toma de decisiones en salud debe integrar las preferencias del paciente de acuerdo a sus valores, preferencias y expectativas. A su vez, el tiempo y el momento en que se toma una decisión son tan importantes como la decisión en sí misma. Estos aspectos deben ser explorados siempre en la práctica basada en la evidencia. Esta consideración de los valores y preferencias de los usuarios implica el respeto a la autonomía y corresponsabilidad de las personas sobre sus procesos de salud o enfermedad, el derecho a elección libre e informada es un imperativo ético. En este sentido el rol activo del paciente es clave para la toma de decisiones compartidas en salud. Cómo se informe y comunique el profesional con el usuario en la relación profesional – paciente es altamente relevante en el control y la gestión de la enfermedad, así como en el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida de la persona.

La toma de decisiones de los pacientes no es fácil, las resoluciones a menudo son complejas y se asocian a elección de una o más opciones, pudiendo causar un conflicto, ya sea por la presión de otros respecto a la decisión de una determinada opción, o por desconocimiento de los riesgos, beneficios reales, costos e incluso por las mismas preferencias del usuario. En este caso cuando el paciente no sabe qué hacer o tiene una incertidumbre respecto a cuál decisión tomar, tiene preocupación por los resultados, vacila entre las opciones, cuestiona los valores personales involucrados en la decisión o tiene signos evidente de angustia y tensión, podemos inferir que está presentando un conflicto decisional. Aquí es donde un profesional que maneja la evidencia en la práctica debe orientar al usuario respecto a la mejor evidencia disponible.

Un modelo que en diversos estudios ha demostrado ser efectivo en el apoyo a la toma de decisiones es el modelo de toma de decisiones de salud de Ottawa de Anette O'Connors. Otro modelo recomendado por la evidencia es el Modelo Interprofesional de Toma de Decisiones Compartidas (Interprofessional Shared Decision Ma-

king (IP-SDM) Model). Este modelo amplía la perspectiva de la toma de decisiones compartidas más allá de la diada profesional de salud – paciente, dirigiéndose a 3 niveles dentro del sistema de cuidados (17).

a) Micronivel (individual): El paciente presenta un problema de salud que requiere una decisión. Ésta debe ser compartida con el equipo de atención médica y/o miembros de la familia, se debe tomar el tiempo necesario para trabajar a través de un proceso estructurado, sensible a la preferencia del paciente, mientras se produce la interacción con uno o más profesionales de la salud y miembros de la familia. La deliberación entre los actores deben llevar a un entendimiento común en cada etapa de la toma de decisiones.

b) Mesonivel (equipos de atención de salud dentro de una organización): Implica los profesionales de la salud que están comprometidos en la toma de decisión, e incluye dos roles distintos: el iniciador del proceso de toma de decisión y el entrenador de decisiones.

c) Macronivel (políticas más amplias y contextos sociales): Éste parte del supuesto de que la toma de decisiones en un modelo interprofesional no ocurre en los encuentros clínicos independientemente de la influencia de los factores del nivel del sistema de salud, sino influidos por ellos. Es por esto que los recursos en la práctica basada en evidencia, y dentro de la toma de decisiones, son muy importantes, tanto estructurales, como físicos, económicos, entre otros.

Expertez clínica

La expertez clínica se refiere a la habilidad para usar herramientas clínicas y la experiencia pasada para identificar el estado de salud del paciente, familia y comunidad, sus riesgos, sus preferencias y acciones, así como los beneficios potenciales de las intervenciones, la comunicación con la persona y su familia y forma de proveerles un ambiente donde se sientan seguros, confortables y apoyados.

En la experiencia va plasmando el conocimiento que los profesionales tienen para valorar la salud de las personas, identificar sus problemas de salud y aplicar el juicio clínico en la toma de decisiones compartidas con el usuario. Implica que los profesionales de salud han desarrollado capacidades que van más allá del conocimiento científico, como son la compasión, la escucha activa, sensitiva y la perspectiva humana de las ciencias sociales; esto permite a los profesionales conocer el contexto, personalidad y cultura de los pacientes y desde este ámbito comprensión buscar las estrategias de cuidado.

La experiencia clínica y expertez se logra con la observación repetida de situaciones similares en el tiempo. Desde la experiencia el profesional se puede conectar con la condición clínica del otro.

En la toma de decisiones se conjugan todos estos elementos, conocer las preferencias, valores y creencias de los usuarios requiere que los profesionales hayan desarrollado habilidades en el punto del cuidado del paciente, para combinar los datos actuales con la experiencia clínica pasada y el conocimiento personal. La expertez clínica permite conjugar la auto-reflexión a lo largo de la práctica con un análisis personal de la situación clínica. Esta auto-reflexión implica también una mirada a los propios valores y creencias respecto a la decisión, nuestros mitos de cuidados y la práctica profesional que no está basada en la investigación. Esto implica que los profesionales de salud deben ser apoyados en este proceso de reflexión, aprendizaje a lo largo de la vida y cuestionamiento de la tradición. Todo ello da cuenta de la importancia paradigmática de las situaciones de trabajo para el desarrollo gradual de la competencia profesional.

Dentro del modelo de maduración profesional que describió la teorista de enfermería Patricia Benner, se relata el desarrollo de la competencia profesional desde ser un principiante a lograr un estado experto, según ilustra Rauner Félix (18):

El experto logra la unión entre el conocimiento práctico (tácito, contextualizado e implícito) y el conocimiento teórico (descontextualizado y científico), para obtener un conocimiento contextualizado y explícito que guía la acción. Esto implica sensibilidad, comprensión compartida del fenómeno, situacionalidad que tiene que ver con supuestos previos, expectativas y actitudes, experiencia en tareas paradigmáticas (aquellas que ponen a pruebas todas las competencias del profesional), llevando a un dominio reflexivo, comunicación en la comunidad de práctica (comunicatividad), experiencia con tareas impredecibles y metacompetencia (perspectividad) que desafían a la resolución de los problemas.

Evaluar el cambio en la práctica.

El quinto paso del modelo EBE consiste en evaluar los resultados en términos de cómo el tratamiento, intervenciones o decisiones clínicas fueron efectivas en pacientes o en las prácticas clínicas. Este paso es esencial para determinar cuáles fueron los cambios ocurridos en la evidencia como consecuencia de los resultados esperados, si respecto a la pregunta clínica los desenlaces esperados fueron detallados, será más fácil la evaluación de estos mismos como indicadores de efectividad del cuidado y cambio propuesto por la aplicación de la evidencia en la práctica. Sin embargo, evaluar los resultados no es tarea fácil. Debido a la variabilidad de los mismos, los resultados son un atributo de la acción no un producto propiamente dicho y la dificultad para asociar los resultados obtenidos de las acciones realizadas, debido a que estas son multidimensionales y abarcan un amplio campo de acciones. Para minimizar estos problemas numerosas organizaciones han creado modelos para evaluar la gestión de los resultados, es-

tos apuntan al mejoramiento continuo de la calidad del cuidado. Se busca con ellos categorizar los resultados de acuerdo al nivel paciente/familiar, profesional de salud o proveedor, y al nivel organizacional; este último incluye los procesos y los costes. En cada uno de estos niveles se evalúa la estructura (lo que se necesita), los procesos (cómo hacemos) y los resultados propiamente tales (lo que ocurre). Así mismo se debe evaluar el impacto de los cambios producidos a nivel macro de los programas de salud.

CONCLUSIONES

La enfermería basada en la evidencia constituye una herramienta clave en la actualidad, ya que permite apoyar la toma de decisiones para dar calidad y seguridad, es decir la mejor práctica en el cuidado de la salud de las personas familias y comunidad.

Una consideración importante es que la enfermería basada en la evidencia no sólo involucra el uso de la mejor evidencia disponible en la investigación y en la teoría para la toma de decisiones y la consideración de los recursos de que se dispone, sino que es esencial considerar la expertez clínica de enfermeras y enfermeros.

Con respecto a la consideración de los valores y preferencias del usuario, son elementos en los que los profesionales de enfermería debemos aún investigar más. También se deben desarrollar modelos y teorías que apoyen el reconocimiento a dichos valores y preferencias.

Se hace necesario incorporar la EBE en el contexto clínico, apoyando de esta manera la toma de decisiones, permitiendo un aseguramiento de la calidad de la gestión del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heater BS, Becker AM, Olson, RK. Nursing intervention and patients outcomes: A metaanalysis studies. *Nurs Res.* 1988; 37(5): 303-7. On line disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3047692>
2. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing.* 2004; 13: 304-315.
3. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing.* 2010; 66(12):2761-2771.
4. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.
5. Merriam-Webster [Internet]. An Enciclopedia Britannica Company. Evidence definition [citada 5 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/evidence>
6. Houser J, Oman KS. Evidence based practice: An implementation guide for healthcare organization. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
7. ¿Qué es la medicina basada en la evidencia (MBE)? [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Iberoamerican Cochrane Centre Module. The Cochrane Collaboration [citado 5 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>
8. Flemming K. Asking answerable questions. *Evid Based Nurs.* 1998;1(2): 36-37. Disponible en <http://ebn.bmj.com/content/1/2/36.full.html>
9. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2010.
10. Stillwel SB. Mentees inquisidoras quieren saber ¿Qué es una PICOT? Phoenix: Arizona State University, College of Nursing & Health Innovation; 2009.2002 pp.42.
11. Guyatt G & Rennie D. Users Guides to the Medical Literature: A manual for evidence-based clinical practice. Chicago: American Medical Association (AMA Press); 2002.
12. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Second Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
13. Rossrum MA & Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Image. The Journal of Nursing Scholarship.* 1999; 31(4):317-322.
14. Graham I, Bick D. Evaluating the impact of implementing evidence-based practice. Chichester: Editorial Wiley Blackwell; 2010.
15. Rycroft-Malone J, Bucknall T. Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking evidence action. Chichester: Editorial Wiley Blackwell; 2010.
16. Ruiz Navascués R, Reyes Bermúdez MT, Izaguirre Blázquez MT, Romero Galindo MS, Herguido García F, Martín Cuesta AM et al. Historia clínica de valores y creencias de salud: Opinión de los ciudadanos. *Revista Nure Investigación* [Internet]. 2005. [citado 5 Ago 2012]; 12(2):1-11. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto12.pdf
17. Patient Decision Aids. Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) [Internet]. Ottawa: OHRI-IRHO [actualizado 5 Ago 2011; citado 5 Ago 2011]. The Ottawa Hospital; [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://decisionaid.ohri.ca/ip-sdm.html>
18. Rauner F. El conocimiento práctico y la competencia de acción en la Profesión. *Revista Europea de Formación Profesional* [Internet]. 2007 [citado 5 Ago 2011];40:58-73. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2316211>