

☰ SERIE

AUTORES

Azucena Santillán-García
Enfermera.
PhD. Hospital Universitario de Burgos.

CONTACTO

@ ebevidencia@gmail.com

ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS | Capítulo 1

TOMA DE DECISIONES EN SALUD: EL AVANCE DE LAS PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS

EVIDENCE-BASED NURSING | Chapter 1.
HEALTH DECISION-MAKING: ADVANCING EVIDENCE-BASED PRACTICES

RESUMEN

Las enfermeras tienen que enfrentarse a diario con situaciones de incertidumbre en donde deben tomar decisiones que incumben al cuidado de las personas que asisten. El resultado de esa toma de decisiones puede dar lugar a una variabilidad injustificada en los cuidados que de lugar a desigualdades en los resultados de los pacientes. El modo de atajar esta situación es poniendo en relieve la práctica enfermera basada en conocimiento científico, es decir, la enfermería basada en evidencias. A esto se ha llegado superando el ensayo-error y avanzando desde la "medicina de la observación" hasta los postulados de McMaster y en las últimas décadas las enfermeras contamos con estructuras a nivel nacional e internacional orientadas a fomentar los cuidados basados en evidencias.

PALABRAS CLAVE

contexto histórico,
Enfermería basada en evidencias, incertidumbre

ABSTRACT

Nurses have to face daily clinical situations of uncertainty where they must make decisions that concern the care of the people who attend. The result of this decision making may lead to unjustified variability in care that results in inequalities in patient outcomes. The way to tackle this situation is to highlight the practical nurse based on scientific knowledge, that is, evidence-based nursing. This has been overcome by trial-error and progressing from "observation medicine" to McMaster's postulates and in recent decades nurses have national and international structures aimed at fostering evidence-based care.

KEYWORDS

historic context,
Evidence based Nursing, clinical uncertainty

INTRODUCCIÓN

La práctica reflexiva nos conduce a plantearnos si el modo en el que desarrollamos nuestra práctica clínica es la más efectiva. Por otro lado, intentar modificar pautas de trabajo establecidas desde hace años con frecuencia nos da lugar a reacciones inmovilistas de rechazo al cambio. ¿Cómo se reacciona cuando en el puesto de trabajo se ha intentado cambiar un protocolo o una pauta concreta de actuación? Este tipo de cuestiones suelen aflorar en el día a día de la enfermería asistencial. Es común que revisando el modo de aplicación de intervenciones concretas dentro de un mismo hospital se detecten distintas formas de planificar y ejecutar un mismo cuidado y esto puede tener un impacto negativo en los pacientes cuando no está justificado.

Analicemos las causas de esta variabilidad:

Variabilidad justificable: Todos entendemos que la aplicación de los cuidados enfermeros parte de la premisa de que son individualizados, y esto justifica un aspecto de esa variabi-

lidad. Otra forma de variabilidad justificable es la derivada de la adecuación de nuestras intervenciones al entorno (no es lo mismo la organización y los recursos de un hospital comarcal que de un gran hospital universitario, ni de una consulta rural a una consulta de un centro de salud urbano). Básicamente las razones para esta variabilidad justificable se resumen en:

1. Características del sistema sanitario
2. Características de los pacientes
3. Estado de salud de la población

Variabilidad injustificable: Más allá de los supuestos mencionados con anterioridad, entramos en el ámbito de la incertidumbre. Cuando se hacen las cosas por costumbre, inercia, falta de consenso, falta de información etc. es cuando esta variabilidad es injustificable y potencialmente dañina. Por tanto, necesitamos intentar reducir esta variabilidad injustificable que puede además generar inequidades en la salud de las personas a las que cuidamos. La mayoría de los estudios que indagan esta variabilidad se han limitado a

mostrar su existencia, pero pocos han buscado variables que la predigan.

TOMA DE DECISIONES EN SALUD

Es interesante cuestionarnos el porqué de estas diferencias. Todo parte del modo en el cual tomamos decisiones que incumben al cuidado de nuestros pacientes:

1. Nos fiamos de nuestra propia experiencia: el conocimiento tácito es una fuente de conocimiento útil en los profesionales experimentados, pero no está exento de sesgos. Se corre el riesgo de que, si se convierte en la única y principal fuente de información del profesional, este se quede anclado en el pasado.
2. Confiando en el modo en el que se han hecho siempre las cosas (en la tradición): si el conocimiento tácito tiene sesgos, basarse únicamente en la tradición tiene muchos más. En un ámbito de conocimiento como es el enfermero, que está en constante evolución y debe adaptarse a los avances biomédicos y tecnológicos, no tiene sentido aferrarse al "siempre se ha hecho así" para justificar nuestra toma de decisiones.
3. Uso del sentido común: el juicio clínico de los profesionales sanitarios no debe desligarse de la toma de decisiones, pero este debe sustentarse en algo tangible, en conocimiento que vaya más allá de la experiencia, los valores y las creencias.
4. Apoyándonos en la experiencia de los compañeros más experimentados: la opinión de los expertos ha sido durante muchos años la fuente principal de conocimiento en nuestro ámbito.

En la **tabla 1** se muestran una serie de sentimientos y reacciones disfuncionales que la incertidumbre genera en los profesionales sanitarios, y que justifican una especial atención a los procesos de resolución de nuestras dudas y toma de decisiones en el día a día.

Cuando nuestras decisiones se basan en creencias u opiniones es cuando potenciamos la variabilidad injustificada en función de nuestros propios sesgos cognitivos o prefe-

TABLA 1.
REACCIONES FRENTE A LA INCERTIDUMBRE

Intervencionismo excesivo

Negación

Ansiedad

Paralización e indecisión

Escudarse en circunstancias y normas

Seguimiento ciego de rutinas y protocolos

Acciones impulsivas y no fundamentadas

Aparentar seguridad y reforzar el control y la autoridad

Fuente: Loayssa Lara J, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Atención Primaria. 2001;28(8):560-564

rencias. Sin embargo, si la toma de decisiones se guía por pruebas, por datos y por resultados de investigación, se puede reducir esa variabilidad y mejorar los resultados de nuestros cuidados.

Pero no solo son las mejores evidencias disponibles las que rigen estas decisiones. Hay otros aspectos a tener en cuenta como son la opinión de los pacientes (incluyéndolos así en el proceso de toma de decisiones) y el propio juicio clínico y la experiencia de los profesionales. A estos tres aspectos se les ha denominado los pilares de las prácticas basadas en evidencias y han de ser tenidos en su conjunto para poder abordar una puesta en práctica factible.

Pero a estas premisas no se ha llegado de la noche a la mañana y a continuación se va a profundizar en el contexto histórico de las PBE.

CONTEXTO HISTÓRICO: CARACTERÍSTICAS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, DESDE SU ORIGEN EN LA MEDICINA, HASTA LAS PARTICULARIDADES EN ENFERMERÍA.

LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Echemos por un momento la vista atrás y recordemos cómo se recababa información hace unos pocos años, en los años 80 por ejemplo... Se acudía a las bibliotecas y se consultaba libros, revistas y cualquier texto relacionado. Todo en papel, todo manual... Las búsquedas de

artículos científicos se realizaban a través de las índices y sumarios de las propias revistas, se recopilaban mediante fotocopias y todo este proceso se tornaba lento y farragoso. Las búsquedas eran imprecisas y muy laboriosas y mantenerse actualizado era también bastante difícil dadas las restricciones de acceso a material novedoso.

Actualmente este panorama ha cambiado por completo. La mayoría de las revistas científicas están digitalizadas y sus artículos se encuentran en bases de datos electrónicas a través de las cuales podemos realizar búsquedas eficaces de información desde prácticamente cualquier sitio. Internet ha contribuido a que la información fluya y nos llegue de manera instantánea. Además, la producción científica ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas: cada vez hay más revistas, con más artículos.

Este cambio de escenario ha supuesto que pasemos de un extremo a otro. Si hace unas décadas nuestra preocupación era hallar información, a día de hoy nuestra preocupación es ser capaces seleccionar esa información porque estamos inmersos en la denominada infoxicación (sobredosis de información).

El caso es que actualmente encontrar información es fácil y por lo tanto podemos decir que los últimos avances en biomedicina y biotecnología están al alcance de nuestra mano, a golpe de ratón. La cuestión es ¿utilizamos esa informa-

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL INTERÉS POR LA EBE HA IDO CRECIENDO EN EL COLECTIVO ENFERMERO

ción científica para adaptar nuestra práctica a los últimos avances? Hacer esto sería trabajar con rigor científico, en base a la mejor evidencia disponible... es decir que estaríamos ejerciendo una enfermería basada en evidencias.

Pero para llegar al cuerpo de conocimiento científico que tenemos hoy, la comunidad ha tenido que andar un largo camino que es interesante tener en cuenta para comprender e interiorizar la necesidad de trabajar con rigor científico.

EL CONOCIMIENTO EMPÍRICO

Hagamos un mayor ejercicio de retrospectión y pensemos en cómo se tomaban las decisiones antiguamente... antes del siglo XIX. Sabemos que en esa época las decisiones médicas se tomaban básicamente en base a:

1. La tradición: la información se transmitía de generación en generación, mezclándose con opiniones, valores y creencias. Esta información no se cuestionaba y se aceptaban como verdaderos sin necesidad de comprobación. En base a esta tradición se mantenían en el tiempo prácticas médicas que tenían más que ver con la superstición y la superchería que con la ciencia.
2. La autoridad: aquellas personas consideradas como autoridades emitían juicios sin ser cuestionados y estos también eran siempre considerados como verdaderos. A estas personas se les confería un poder de infalibilidad indiscutible, aunque sus capacidades se hubieran mermado (lo cual condujo a más de un desastre).
3. Ensayo-error: se trataba de ejecutar intentos sucesivos hasta dar con el resultado satisfactorio.

El empirismo predominaba en las decisiones que se tomaban en salud. Al empirismo también se le llama conocimiento "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, tras de innumerables tentativas cotidianas; es ametódico y asistemático. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico.

AVANZANDO HACIA EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

De este escenario se empezó a salir en el siglo XIX. Sitúate en esta época y en Francia: bajo la influencia de Broussais y de Bouillaud la práctica de la medicina atribuía las enfermedades a la inflamación o irritación de las vías digestivas y recomendaba el tratamiento con sangría en la pulmonía, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, entre otros. Esto hoy en día sabemos que no es así y en esa época ya empezaron a aparecer voces críticas que discrepaban con este modo tentativo de hacer medicina.

A mediados del siglo XIX Pierre Alexander Louis, Bichot y Magendie comenzaron a promocionar la "Médecine d' Observation" (medicina de la observación). Sostenían como fundamento de este movimiento, que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal ni en sus apreciaciones sobre conductas a tomar ante determinada enfermedad. Defendían que la práctica asistencial debía basarse soportarse en:

- Resultados de investigaciones.
- Efectos beneficiosos.
- Términos cuantificables.

Los postulados de Pierre Alexander Luis y sus colegas suponían un salto cualitativo hacia el conocimiento científico. Recordemos que el cono-

cimiento científico se caracteriza porque es sistemático, reflexivo, ordenado, crítico, universal, atemporal y demostrado mediante investigación.

Pero el avance definitivo hacia este conocimiento científico sucedió en 1948 con la descripción del "ensayo clínico aleatorio" (ECA). Con su ensayo sobre la estreptomina Sir Austin Bradford Hill que constituyó un hito para el desarrollo del razonamiento biomédico, pues permitió cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.

La descripción de los ECA fue el punto de partida para el desarrollo de técnicas de estudio basado en problemas y análisis científicos basado en la estadística y la epidemiología.

Posteriormente, Archivald Cochrane publicó en 1972 su obra "Effectiveness and efficiency: Random Reflections on Health Service", en la cual resaltó el valor de usar la evidencia de los ECA, porque aportan la información más confiable para las intervenciones médicas. Cochrane falleció en 1988 pero sus ideas le sobreviven y como prueba de ello tenemos que en 1992 se inauguró el primer Centro Cochrane en Oxford (Reino Unido) y en 1993 se fundó la Colaboración Cochrane Internacional (dedicada a favorecer la elaboración y divulgación de revisiones sistemáticas).

LOS INICIOS DE LAS PBE

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 afirma 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 compren-



sión de los mecanismos básicos de la enfermedad y en la experiencia clínica.

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"

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.
- Debe incluirse aspectos básicos como son las preferencias del paciente y los recursos disponibles.

APLICACIÓN A LOS CUIDADOS: LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS (EBE)

En 1997 se celebró en Londres la I Conferencia Nacional sobre EBE y en 1998 se da un paso más con inicia publicación de las revistas "Evidence Based Nursing" y "Outcomes Management for Nursing Practice", además se crean los centros de "Evidence Based Nursing".

La práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia es definida por Ingersoll en el año 2000 como "la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales."

Más tarde se amplía este concepto abarcando ya el paradigma cualitativo y en la "I Reunión sobre EBE" celebrada en España (Granada, 2002) se aporta una nueva definición: "Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de

la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico."

En 1997 se creó en España la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN) bajo el auspicio del Instituto de Salud Carlos III. Su misión es "procurar el desarrollo de una estrategia a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación traslacional y multidisciplinar en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados de salud sean seguros, de la mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables provenientes de la investigación rigurosa. Para la consecución de este objetivo impulsará la cualificación de los profesionales en cuidados, fortalecerá la base científica de enfermería y de la provisión de cuidados. Asimismo, favorecerá la vinculación entre el sector universitario, clínico y empresarial."

Otra organización destacada en el avance de la EBE es el Instituto Joanna Briggs (JBI). Se creó en 1996 y su sede está en la Universidad de Adelaida (Australia). Está comprometida con la práctica de cuidados basados en la mejor evidencia a nivel mundial a través de la búsqueda

de la mejor evidencia, su valoración y divulgación (mediante herramientas como los "Best Practice Sheeth"), apoyo a la aplicación a la práctica diaria y por última evaluando el impacto de su utilización. El Centro Colaborador JBI en España fue creado en 2004 y actualmente está desarrollando Proyectos de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) (BPSO por su nombre en inglés). Estos proyectos surgen en España del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

En los últimos años el interés por la EBE ha ido creciendo en el colectivo enfermero. El desarrollo académico ha favorecido positivamente este interés dado que los niveles de Grado, Máster y Doctorado dotan a la profesión de profesionales más capacitados para investigar y para leer y utilizar críticamente los resultados de la investigación ya existente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loayssa Lara J, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*. 2001;28(8):560-564. Disponible en 10.1016/S0212-6567(01)70448-9
2. Pérez-Fullerat N, Solano-Ruiz M, Amezcua M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(2):191-196. Disponible en 10.1016/j.gaceta.2017.11.002
3. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*. 2010;20(2):114-118. Disponible en 10.1016/j.enfcli.2009.12.004
4. Fernández-de-Maya J, Richart-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora: an integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(5):809-816. Disponible en 10.1590/S0103-21002012000500025
5. Sackett DL, Rosenberg W, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
6. Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
7. Smith R, Rennie D. Evidence-Based Medicine—An Oral History. *JAMA*. 2014;311(4):365. Disponible en 10.1001/jama.2013.286182
8. Chalmers, I. (1993). The Cochrane collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703(1), 156-165.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425.
10. Santillán-García A. Contexto histórico de las prácticas basadas en evidencias [Internet]. Slideshare.net. 2013 [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/EnfermeraEnEvidencias/contexto-historico-de-las-practicas-basadas-en-evidencias>
11. Ingersoll G. Evidence based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook*. 2000; 48(4): 151-152.
12. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: Aclarification of the issues. *J Adv Nurs*. 1999; 30 (1):10-17.
13. Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Invest educ enferm*. 2003;21 (1):50-64.
14. Santillán García A. Enfermería basada en evidencias: caminando a hombros de gigantes. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2016;43:1-3. Disponible en 10.1016/j.sedene.2016.05.001
15. Investen [Internet]. Instituto de Salud Carlos III. [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QuienesSomos/Centros-Propios/INVESTEN/Paginas/default.aspx>
16. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados - BPSO España - Home [Internet]. *Evidenciaencuidados.es*. [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.evidenciaencuidados.es/bpsol/>