

Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas

Eugenia Urra Medina¹, Carmen Retamal Valenzuela²,
Catalina Tapia Pinto³, Magaly Rodríguez Vidal⁴

Resumen

La necesidad de investigar en enfermería ha permitido que los conceptos y el lenguaje de la práctica basada en la evidencia estén empezando a emerger en los diversos contextos de esta disciplina. Sin embargo, en América Latina poco se sabe aún sobre su naturaleza, sus etapas, y sus implicaciones. Este artículo pretende actualizar la literatura sobre qué es la Enfermería Basada en la Evidencia y apoyar su práctica y su enseñanza

Palabras clave: investigación en Enfermería; práctica basada en evidencia

Evidence based nursing: What is it, characteristics and dilemmas

Abstract

The need to research in nursing has allowed the concepts and evidence based practice language to emerge in the different contexts of this discipline. However in Latin America little is known about its nature, steps and implications. That's why this article pretends to update the literature about what evidence based medicine is and support its practice and teaching.

Key words: nursing research; evidence-based practice.

Enfermagem baseada na evidência: que é, suas características e dilemas

Resumo

A necessidade de pesquisar em enfermagem permitiu que os conceitos e a linguagem da prática baseada na evidência estejam começando a emergir nos diversos contextos desta disciplina. No entanto, em América Latina pouco ainda se sabe sobre sua natureza, suas etapas,

1 Enfermera, Ph.D en Enfermería. Profesora Departamento Enfermería de la Universidad de la Serena, Chile. Correo electrónico: eurra@userena.cl

2 Enfermera Magíster en Gerontología Social. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de la Serena, Chile. Correo electrónico: cretamal@userena.cl

3 Enfermera, Ph.D en Gerontología Social. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Antofagasta, Chile. Correo electrónico: ctapia@uantof.cl

4 Enfermera, Magíster en Enfermería, Especialista en Diálisis y Trasplante Renal, Especialista en Nefrológica. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. Correo electrónico: magrodrí@udec.cl

e seus envolvimento. Portanto, este artigo pretende atualizar a literatura sobre que é Enfermagem Baseada na Evidência e apoiar a prática e seu ensino.

Palavras chaves: pesquisa em Enfermagem; prática baseada em evidências.

Introducción

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) ha llegado a ser reconocida como una parte de la enfermería práctica en el mundo anglosajón, como lo señalan los estándares de la American Nursing Association (ANA)¹ y los programas curriculares de la American Association Nursing College (AANC),² que la incluyen dentro de sus indicadores esenciales. Esta terminología se ha empezado a incorporar en el ámbito de América Latina, tanto en publicaciones³⁻⁵ como en los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería (Buenos Aires, 2006) y de Quito (2008). Según sus promotores, el principio de los cuidados de salud basados en la evidencia ha derivado por las condiciones económicas limitadas en las que generalmente se encuentran las instituciones de salud. Se espera que, en una práctica de EBE, una enfermera combine la mejor evidencia de investigación con la expertez clínica, considerando las preferencias de los pacientes y la situación de los recursos disponibles en los diferentes contextos de salud. Este artículo tiene como propósito la actualización de EBE, definir cuáles son sus fases y sus características y cuáles sus problemas y limitaciones. Se espera que las enfermeras consideren sus implicancias en sus escenarios locales.

¿Qué es y cuáles son sus características?

La EBE puede ser considerada en sus orígenes como efecto del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), liderado por Archie Cochrane y David Sackett⁶⁻⁸. Este movimiento nació con un grupo de trabajo de evidencia⁸ que, en 1992, publicó en la revista JAMA un nuevo enfoque para enseñar la práctica de medicina:

La medicina basada en la evidencia. En la MBE se cuestionaron la intuición, la experiencia clínica no sistemática y la racionalidad fisiopatológica como las formas adecuadas para la toma de decisiones clínicas y se estimuló un segundo examen de evidencias de la investigación clínica. Posteriormente implicó no sólo el uso juicioso de la mejor evidencia sino también la necesidad de incorporar la expertez clínica y a los pacientes en forma individual como componentes integrales en la toma de decisiones clínicas.

En el ámbito de enfermería, Muhdall⁹ define la EBE como: “(...) el cuidado concerniente a la incorporación de la evidencia de la investigación, expertez clínica y la preferencia de los pacientes dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual.” Más recientemente se menciona “la práctica basada en la evidencia” (PBE), cuyo énfasis no está puesto sólo en la práctica de los médicos y enfermeras, sino en las otras disciplinas dentro de un equipo multidisciplinario. Muir Gray¹⁰ la definió como: “ (...) un enfoque de toma de decisiones en el cual los clínicos usan la mejor evidencia disponible, en consulta con los pacientes, para decidir cuál es la opción que es más aceptable con lo mejor que tenga el paciente.”

Para enfermería, este enfoque puede ser adecuado en la toma de la decisión clínica, al reunir la mejor evidencia común, la expertez de las enfermeras clínicas y la preferencia de los pacientes. Es decir, los pacientes o sus familias son incluidos y pueden contribuir a las decisiones sobre su cuidado, por ejemplo, pacientes con problemas de salud de largo plazo o crónicos, tales como diabetes, esquizofrenia, o artritis reumatoidea, entre otros.

La PBE ha llegado a tener un rápido crecimiento con la Biblioteca Cochrane (desde 1993) y la Colaboración Cochrane, que son parte de un amplio número de bases de datos que permiten una revisión sistemática de bases de datos (en inglés CSDR). Hoy en día es una empresa global con centros en diversas partes del mundo. En los países que han implementado PBE desde los años 90, existen modelos conceptuales usados en las organizaciones de salud. Como Haas¹¹ destaca, estos modelos son los mapas o guías para el desarrollo e implementación de PBE, considerando entre sus beneficios “(...) *el aumentar la calidad de los cuidados, la cooperación regulada, la seguridad de los pacientes, y el manejo de los riesgos en la práctica.*”

¿En qué consiste la práctica basada en la evidencia (PBE)?

Según Fleming,¹² el proceso en la PBE es el siguiente: la información que se necesita en la práctica se convierte en preguntas estructuradas o focalizadas; las preguntas son usadas como plataforma para la búsqueda de literatura apropiada para identificar la evidencia externa relevante que viene desde la investigación; la evidencia de investigación es expuesta en forma crítica y relevante según su validez y generalización; la mejor evidencia posible se usa en el plan de cuidados a través de la experiencia clínica y con la perspectiva del paciente; y por último, la ejecución es evaluada a través del proceso de autorreflexión, auditoría o valoración de pares. Clearly-Holtho,¹³ citando a Melnyck y Findout-Overholt, en su obra *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: a Guide to Best Practice*, expone más detalladamente los cinco pasos del proceso:

1. *Hacer la pregunta de importancia clínica.* En general, una pregunta de investigación surge de variadas fuentes, ya sea la curiosidad intelectual o la necesidad de responder preguntas sobre algo clínico. A las enfermeras más novatas esta habilidad puede tomarles más tiempo, por ello, la revisión de literatura o de las bases de datos más de una vez se

hace necesaria y les puede ayudar a redefinir mejor la pregunta. Algunos autores^{6, 14-16} han configurado un formato que representa un anacronismo en inglés: PICOT (*también se usa PITOR*), al hacer una pregunta clínica: P- Población de interés, I -Intervención, C- Comparación de criterios, O- Obtención de resultados, y T- Tiempo de estudio. Al construir una pregunta es importante que las enfermeras distingan de qué tipo es, y si se sitúa dentro del paradigma cuantitativo o cualitativo, porque de esta forma determinarán el tipo de evidencia y en dónde buscarla, ya que la naturaleza de las preguntas está relacionada con el tipo de evidencia. Por ejemplo, si se buscan evidencias de tipo cuantitativo, como la efectividad de un analgésico en una intervención clínica (por vía endovenosa u otra, ya que después se comparará con una de vía intramuscular), en el postoperatorio de un paciente. Usando el formato PICOT tendríamos; P: en los pacientes postoperatorios, I: ¿cuál es el efecto de un analgésico controlado que es usado por el paciente, C: de los niveles de dolor postoperatorio, O: comparado con la analgesia (intramuscular) y, T: en qué tiempo se necesita. Si se consideran las evidencias de tipo cualitativo, las preguntas se relacionarán con las experiencias o percepciones de vida. Usando el mismo formato PICOT tendríamos: P: ¿cómo los pacientes oncológicos, I: diagnosticados con cáncer terminal, I: perciben o experimentan, O: las percepciones que otros tiene sobre sus limitaciones físicas, T: durante un año?

2. *Recolección de la evidencia mejor y más relevante.* Según una de las definiciones del Diccionario Oxford,¹⁷ evidencia es “(...) *los hechos disponibles, circunstancias etc. que apoyan una creencia o proposición, etc. o indican si algo es verdadero o válido*”. El Diccionario de la Academia Real Española¹⁸ dice que evidencia es “*certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar*” Las

evidencias de tipo clínico pueden venir de variadas fuentes, como son la investigación misma y reconocida por los pares, la autoridad, los datos cualitativos, la experiencia/consenso, el razonamiento, o la experiencia de los pacientes. No obstante, la necesidad de recolectar las mejores evidencias hace de la revisión de la literatura un elemento muy importante en el proceso, y entonces las bases de datos en enfermería y salud son esenciales. Ejemplo de estos son el índice acumulativo de Enfermería y otras de salud (CINAHL), la Asociación Americana de

Psicología (PsycINFO), Medline, o la Librería Cochrane, con la más amplia colección de revisión sistemática de investigación en salud (3 500 revisiones),¹⁹ la Base de Datos de Resúmenes y de Revisiones (DARE) y de resúmenes de disertaciones. También hay accesos de páginas en español, como la Sociedad Científica Española de Licenciadas en Enfermería, la base de datos de la OPS, o Bireme, entre otras. Según Muir¹⁰ las evidencias en cuanto a su fuerza probatoria pueden ser jerarquizadas en las cinco categorías que se presentan en la Tabla 1:

Tabla 1. Fuerza de los diferentes tipos de evidencia

Tipo	Fuerza de la evidencia
I	Evidencia fuerte de al menos una revisión sistemática de múltiples diseños de ensayos clínicos aleatorizados
II	Evidencia fuerte de al menos un diseño apropiado de ensayos clínicos aleatorizados de tamaño adecuado.
III	Evidencia desde ensayos clínicos sin aleatorizar, grupo simple de pre y post, cohorte, tiempo en series o de casos pareados de estudios de casos-control.
IV	Evidencia desde un diseño no experimental en uno o más centros, o de grupos de investigación
V	Opiniones de autoridades respetables, basadas en evidencias clínicas, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

De acuerdo con la tabla anterior, la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados (ECA) posibilitaría la evidencia más fuerte. Sin embargo, esto es problemático en el ámbito de la enfermería, ya que Culum,²⁰ quién revisó 11 revistas de enfermería en Medline (desde 1966 hasta 1994), sólo encontró un total de 522 reportes de ECA y 20 revisiones sistemáticas relevantes, un número relativamente pequeño para enfermería. Es decir, aunque hay ECA en enfermería, se trata de un número aún insuficiente para esta disciplina. Hay diseños menos rigurosos que, en muchos casos, pueden producir evidencias disponibles, como son los cuasi-experimentos o los estudios de casos y control.

3. *Valorar críticamente la evidencia.* Es determinar la relevancia del material recolectado de acuerdo con la pregunta de investigación. Para esto, las enfermeras deben discernir

cuál tiene mérito para constituirse en evidencia útil. Algunas preguntas pueden guiar la valoración en relación con el material recolectado, por ejemplo: ¿cuáles son los resultados del estudio?, ¿son los resultados de este estudio válidos y confiables?, ¿fue rigurosa la metodología para obtener los resultados hallados?, y ¿son los resultados clínicamente relevantes para los pacientes? Existen pautas que guían la valoración crítica.

4. *Integración de la evidencia:* integrar la evidencia de investigación en la decisión práctica plantea un enorme desafío, porque ningún factor, ni la expertez clínica de las practicantes, ni las preferencias de los pacientes, es menos importante que otro. Así, la enfermera debe proceder holísticamente y centrar la decisión en el paciente. Una vez enjuiciada sensatamente la evidencia asumida, la enfermera puede hacerse la siguiente

pregunta: ¿qué diferencia hace la evidencia en el progreso, condiciones, o resultados de los pacientes? Si la responde favorablemente, se procede a determinar si es congruente con la preferencia del propio paciente y sus valores.

No obstante, en todas las fases del proceso hay que considerar las limitaciones de las enfermeras clínicas para una integración entre los elementos de la evidencia: poca habilidad de valoración crítica en la revisión de investigaciones, falta de líderes y de autonomía para proponer y aceptar cambios (incorporar propuestas nuevas), la tradición de lo mismo como seguridad, los desequilibrios de poder en los contextos hospitalarios, la falta de motivación, de estrategias y dirección de las enfermeras jefes o supervisoras en el contexto laboral (hacer revisiones grupales, sala de lecturas o de búsqueda en Internet o de base de datos), la ausencia de un lenguaje de investigación en las enfermeras y profesores calificados en investigación, y las pocas enfermeras clínicas que desarrollan su propio conocimiento.^{3,21-24}

5. *Evaluar los resultados*: la evaluación del impacto de una intervención es un aspecto crucial en el proceso de la PBE. Los métodos de evaluación variarán de acuerdo con la intervención o el cambio implementado en la práctica e incluyen mediciones fisiológicas, psicológicas, aumentos funcionales, disminución de costos o tiempo de estadía, satisfacción laboral, y encuestas de satisfacción de los usuarios. De esta forma se puede determinar si los objetivos últimos de los niveles del cuidado y de la práctica realmente se cumplieron.^{25, 26}

¿Por qué se necesita una práctica basada en la evidencia?

Según sus defensores, una práctica basada en la evidencia es necesaria para proporcionar cuidados de salud en forma equitativa y efectiva para toda la población, determinados por las circunstancias de un clima económico restringido. Otras razones son la permanente presión de las organi-

zaciones de salud, estatales o privadas, que dicen tener pocos recursos disponibles, como también el desarrollo tecnológico y farmacológico, que nos enfrenta a pruebas y productos cada vez más onerosos. Así, desde esta perspectiva, se argumenta que es necesario y racional un enfoque como la PBE, para proporcionar el mejor cuidado posible con la mejor costo/efectividad de los recursos. Según sus detractores, en cambio, es un modelo basado en la política y la cultura dominantes y se estaría usando como una forma de decisión para asignar o reasignar recursos en salud.^{27, 28}

Sus defensores señalan que la PBE permitirá dilucidar cuáles son los enfoques más exitosos y de mejor costo/efectividad en los cuidados de enfermería, y así establecer la mejor condición posible para ofrecer un excelente cuidado a los pacientes. Si las enfermeras están preocupadas por el cuidado del paciente, el centro de su práctica profesional es la noción de que los mejores cuidados se plantean de acuerdo con las necesidades específicas individuales. Considerando que la PBE no sólo se basa en la evidencia de la mejor práctica, sino que también incluye las preferencias individuales de los pacientes, el desafío de las enfermeras será presentar a los pacientes, en una forma clara para ellos, la información basada en la evidencia, los posibles resultados, incluyendo los riesgos y los beneficios. En América Latina, este aspecto del problema es crítico porque lo que las enfermeras saben sobre el estado de salud de sus pacientes, y las preferencias de estos últimos en cuanto a su tratamiento, no son consideradas plenamente, por prejuicios culturales propios de esta área.

¿Cómo juzgar una evidencia y con qué método?

En general, los estudios de investigación tienen limitaciones de acuerdo con el método usado, porque son selectivos y demandan la recolección de distintos tipos de datos que respondan a las preguntas. Sin duda, el éxito dependerá más del juicio y las habilidades del investigador que del método. Un resumen de los enfoques que pueden guiar el tipo de información obtenida por los diferentes métodos de investigación sería:

Tabla 2. Tipos de enfoques de investigación y su resultado obtenido¹⁰

Tipo de estudio Resultado	Cualitativos	Descriptivos	Casos y controles	Cohortes	ECA	Revisión Sistemática
Eficacia					XX	XXX
Efectividad	X	X	X	X	XX	XXX
Seguridad	X	X			XX	XXX
Aceptabilidad	X	X			XX	XXX
Costo/efectividad	X	X			XX	XXX
Adecuacidad	X	X				XXX
Calidad	X	X	X	X		XXX

De acuerdo con la Tabla 2, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y las revisiones sistemáticas (RS) serían los mejores diseños para evaluar las intervenciones de enfermería; no obstante, los estudios cualitativos serían los mejores diseños para entender mejor las experiencias, las actitudes y creencias de los pacientes. Los resultados de estos últimos sobre intervenciones pueden ayudar a las enfermeras a indagar sobre los efectos óptimos en una muestra de pacientes, pero no exploran ni explican las barreras a la cooperación que ponen, ni el significado de la enfermedad, ni los ajustes que deben hacer para acomodarse a los tratamientos y regímenes de larga duración. Sin embargo, los estudios cualitativos rigurosos explicitan las estrategias propuestas, traen un análisis de datos en profundidad y asumen el compromiso de examinar explicaciones alternativas. Así, los estudios cualitativos pueden examinarse con una perspectiva de PBE,²⁹ por ejemplo, en las experiencias de los padres con un niño en estado crítico en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, o las experiencias de largo plazo en oxigenoterapia u otra terapia, en el rol de las mujeres como cuidadoras, o en los patrones de violencia en por mujeres golpeadas en el hogar, etc. Fleming³⁰ aboga por ambos métodos (cuantitativos y cualitativos), para aumentar la base de evidencias en enfermería, porque cada diseño de investigación tiene sus fortalezas y sus limitaciones, y la PBE, más que un método determinado, espera conseguir una buena evidencia.

¿Cuál es la mejor evidencia disponible?, ¿Es que hay una evidencia mejor?

Los ECA o experimentos verdaderos son los mejores diseños para testificar relaciones de causa-efecto individuales, especialmente en muestras grandes.³¹ Así, se puede considerar un orden en la estructura que va desde las revisiones sistemáticas de ECA, un ECA solo, los estudios menos controlados o descriptivos, y por último, la opinión y consenso que hay en las conferencias. Tanner³² dice que se requiere, además, aprender a integrar, dentro de la estructura de evidencia, las fuentes no investigativas de evidencia, tales como la experiencia clínica y el juicio clínico. Desde esta perspectiva, la mejor evidencia saldrá de situaciones y contextos diferentes, y las enfermeras deberán aprender a descifrar esta complejidad. Para ello se han elaborado protocolos, algoritmos, guías o trayectorias clínicas basados en la investigación, que facilitan la implementación de una intervención en la práctica.³³⁻³⁷

En América Latina implicaría un gran desafío para las enfermeras insertas en acciones investigativas, ya sea como investigadoras activas en la práctica, sea leyendo literatura científica, buscando evidencias clínicas, o también haciendo juicios clínicos. Haas¹¹ afirma que así, en la práctica clínica, "(...) la EBE proporcionará un medio de acceso a las evidencias y el desarrollo de protocolos de la ciencia de cuidados (...) y demostrará que las enfermeras contribuyen a los resultados y logros en los pacientes." Por esta razón, algunos

autores^{38,39} señalan que se requiere una unión entre la teoría y la práctica a través de la reflexión como proceso para transformar los tipos de formas o patrones de conocimiento de enfermería y de la práctica dentro de un conocimiento único, articulado, consciente, explícito y lógico, que permita justificar la toma de decisiones clínicas. En conclusión, si se aceptan los beneficios de la EBE en nuestra región, estos podrían llevar a integrar finalmente la investigación en la práctica de las enfermeras.

Crítica a la EBE

A pesar de todas sus bondades, la EBE ha recibido una variada gama de críticas desde la enfermería, según reporta la literatura, tanto por sus orígenes médicos en lo relativo al significado de la evidencia de tipo clínico, como también porque su enfoque erosiona la autonomía de enfermería. Por ejemplo Mitchell,⁴⁰ quien ha realizado una revisión de los problemas de la EBE en Canadá, concluye que, más que legitimar la enfermería, la EBE atrapa a las enfermeras en el rol de colaboradores médicos de tipo técnico. O Kitson,⁴¹ que acota: *“(...) enfermería puede incorporarse al movimiento basado en la evidencia sin total entendimiento de las reglas. Y como se escribe hasta el momento, las reglas son sobre diagnóstico médico, intervenciones clínicas, ensayos clínicos aleatorizados y meta análisis [pero] hay un límite a la evidencia de enfermería conformando ese criterio. Lo que no debe suceder es que las enfermeras [seamos] excluidas del movimiento porque sus investigaciones son muy pobres o insuficientes en rigor y tamaño.”* En América Latina, Galvez⁴² critica ampliamente el enfoque paradigmático en que se basa la PBE y recomienda a las enfermeras ser cautas, dada su incompatibilidad en algunos principios en los que se sustentan los cuidados de enfermería.

En forma más concreta la EBE en enfermería enfrenta estos dilemas:

1. *Resistencia paradigmática a la EBE por tendencia a privilegiar los ECA.* Los cuidados

de salud basada en la evidencia tienen el propósito de aplicar la mejor evidencia disponible para una pregunta clínica específica y se consideran los ECA como el diseño más apropiado para evaluar la efectividad de una intervención de enfermería.^{43,44} White⁴⁵ señala que, después de examinar las investigaciones que usan ECA, se puede concluir que éstas son una forma mejor de evaluar la efectividad de las intervenciones y disponer de una base más adecuada para las decisiones clínicas que las experiencias clínicas de las practicantes, por ejemplo, en el caso de usar un ECA para ver la efectividad de rotar y aplicar presiones alternativas en la superficie corporal para prevenir úlceras por presión. Dado que la EBE privilegia los ECA, existe una cierta antipatía entre los investigadores cualitativos hacia estos, contrastados con otros tipos de investigaciones, ya que se tiende a creer que el uso de los datos de ECA es lo más relevante en la investigación cuantitativa. Esta resistencia se debe aun más a la dicotomía entre lo cuantitativo y lo cualitativo, ya que la EBE se origina en una extensión de la tradición positivista.

2. *Devaluación de las habilidades individuales de las practicantes al usar la EBE.* Para muchas enfermeras la principal objeción a la EBE es que devalúa sus habilidades y experiencias en forma individual e inhibe la práctica innovadora de tipo clínico. El supuesto de la EBE es que si una intervención puede ser demostrada o funciona mejor, debería ser aplicada en cada caso. Idealmente, la mejor disponibilidad de la evidencia de investigación sobre el manejo de una condición informa a las enfermeras y los pacientes de las opciones disponibles, junto con los riesgos y beneficios. Aunque se podría pensar que es un proceso simple, ya que requiere de una valoración racional de las alternativas para la selección de un curso de acción, esta misma sencillez podría falsear la complejidad de la toma de decisiones clínica subyacente,

por ejemplo, el considerar las creencias de los individuos, familia, o grupo de pares, y el mayor acceso a la información, puede llevarles a requerir una intervención particular, aun cuando exista duda sobre sus beneficios. En tales situaciones, el grado en el cual las enfermeras y los pacientes preferirán algo estará influido por numerosos factores, tales como la experiencia clínica, las actitudes personales, los valores y creencias, el riesgo potencial sobre reacciones adversas, la opinión de profesionales y colegas, la medida en que el paciente desea estar involucrado en las decisiones sobre su cuidado, las presiones de las familias o de los mismos pacientes, y los costos de la intervención. En fin, integrar todos los elementos requiere un gran esfuerzo y un plan de trabajo no siempre fácil.

3. *La falta de recursos y habilidades investigativas.* Según sus defensores, la EBE no es nueva, se viene practicando desde hace más de veinte años en el mundo anglosajón, y su falta de aplicación se debe a algunos obstáculos. Al respecto dicen Dicenso y Cullum:⁴⁶ “(...) el limitado tiempo de las enfermeras para indagar, la escasa oportunidad de acceso a la literatura, la falta de entrenamiento en la búsqueda de información y de habilidades de análisis crítico, además de una ideología profesional que enfatiza la práctica por sobre el conocimiento intelectual, y un ambiente de trabajo que no las obliga a enfrentar o contrastar con la búsqueda de la información.” Bertulis⁴⁷ también opina que la falta de tiempo de las enfermeras es una de las barreras para la EBE, y sostiene además, que las enfermeras tienen carencia de información y de acceso a las habilidades tecnológicas, lo que afecta la evidencia proveniente de la investigación. Según Retsas⁴⁸ y Koeh,⁴⁹ es vital el tiempo que las organizaciones otorgan o no para conducir la investigación. Por esto, Hannes et al.⁵⁰ hicieron una revisión de 25 estudios sobre escalas de medición de barreras para EBE, con cinco grupos focales, en

Bélgica, y agruparon las barreras en cinco temas: los médicos, los pacientes/familias, los supervisores, las mismas enfermeras, y la evidencia. Pagoto et al.⁵¹ realizaron un estudio cualitativo en relación con las conductas percibidas entre profesionales de la salud sobre la EBE (sea barrera o facilitador), y señalan siete temas de relevancia: la preparación, las actitudes, la demanda, las consideraciones logísticas, el apoyo institucional, las normas o políticas, y la evidencia misma.

Con todos estos obstáculos, barreras o limitaciones, y teniendo presente nuestra región: ¿cómo afectan estas consideraciones la posibilidad de la realización de EBE en la práctica de enfermería en nuestros países?, ¿las enfermeras tienen o les asignan tiempo para investigar o revisar literatura científica?, ¿existe una política de apoyo donde se coordinen esfuerzos por investigar y analizar críticamente evidencias?, ¿cuál es el impacto de los cursos y talleres de investigación que toman las enfermeras, en sus habilidades para investigar o revisar literatura científica? Por otro lado, ¿podrán las organizaciones de salud otorgar el tiempo requerido a las enfermeras para investigar, leer, y aplicar intervenciones de EBE?

Según Mitchell⁵² señala, en hospitales pequeños de Ontario, Canadá (menos de 250 camas), un 35% tenían alguna revista de enfermería en sus bibliotecas, un 38% de las organizaciones de salud basaban sus cambios en la práctica de enfermería de acuerdo con los procesos de investigación, y un 15% implementaban programas de práctica de investigación en las enfermeras del equipo. En Chile, si bien se sabe que hay hospitales que disponen de biblioteca, se desconoce cuántas de ellas ofrecen revistas científicas de enfermería, o, si las hubiera, cuáles son usadas, es decir leídas y usadas críticamente para una intervención, y por ende, no se sabe cómo la investigación ayuda a modificar ciertas prácticas de enfermería. Más aun,

Bedregal y Ferlie⁵³ señalan que los directivos y proveedores de las organizaciones de salud pública del sistema chileno tienen diferentes concepciones sobre lo que es la evidencia y su efectividad, y que, aunque tienen el poder para definir políticas, no lo tienen para su implementación, dadas las dificultades culturales y la organización del sistema.

4. *La EBE se ve como un recetario de cocina.* Algunas enfermeras ven la EBE como un recetario de cocina porque deja de lado el cuidado individualizado. Sus defensores dicen que la expertez clínica es clave en el balance riesgo/beneficio de los tratamientos alternativos para cada paciente, ya que veces la preferencia de este último puede sobrepasar los otros componentes del modelo para una decisión determinada. O también, la preferencia del paciente prevalecerá cuando rechaza un tratamiento, que en las circunstancias clínicas y con la evidencia de investigación, sería óptimo en su condición. Todos esos factores, según Sredl,⁵⁴ deben ser considerados a la luz de los hechos, concretamente estimar que los recursos en salud son limitados y probablemente se verán afectados cuando se tenga más en cuenta el costo potencial que el beneficio potencial de una intervención. Por ello, según Paley,⁵⁵ es la expertez clínica el elemento crucial que separa la EBE de los libros de cocina.

¿Qué se espera de este conocimiento?

Según Newell y Burnard,⁵⁶ en las disciplinas prácticas como la enfermería, generalmente se espera que el conocimiento disciplinario apoye la práctica. No obstante, la EBE aporta con un modelo de decisiones clínicas con cuatro componentes: la evidencia desde la investigación clínica, la expertez clínica, la preferencia del paciente, y la disponibilidad de recursos. Existen diseños y modelos que facilitan usar la investigación en la práctica, como es el Modelo Iowa de EBE,⁵⁷ o Model for change to evidence-based practice, de Rossworn y Larrabee,⁵⁸ que proponen a las en-

fermeras un proceso sistemático de cambio hacia la EBE.

En América Latina se impone un gran cambio conductual y de cultura investigativa en la formación y la práctica de las enfermeras, para que practiquen una EBE significativa. Los académicos y los clínicos deben ser lectores activos de las publicaciones escritas de EBE. Por otro lado, existe el desafío de incluir a los pacientes para que participen activamente en las decisiones partiendo de la mejor evidencia posible aplicada y evaluada como intervención de enfermería. Además, tenemos el reto de conseguir que las organizaciones de salud otorguen recursos y tiempo para una EBE y estén motivados porque valoran la investigación clínica y no sólo por reducir los costos.

Por último: las propuestas que proceden de la medicina anglosajona⁵⁹ y sus realidades podrían volverse propias y atinentes a nuestros contextos si se implementan con una educación permanente; con una planificación conjunta, seria y sistemática, entre la academia y lo clínico; con estrategias creativas y accesibles a la información científica; y cuando su expectativa sea brindar una mejor calidad de los cuidados de enfermería, considerando las limitaciones y las críticas.⁶⁰⁻⁶³

Referencias

1. American Nursing Association. Nursing: scope and standards of practice. Washington: American Nurses Publishing; 2004.
2. American Association Nursing College. Estándares para la Licenciatura y postgrado de enfermería [Internet]. 2008 [acceso 2008 Dic 20]; Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials08.pdf>
3. Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia, barreras y estrategias para su implementación. *Cienc y Enferm.* 2007;13(1):17-24.
4. Galvao CM, Sawada NO, Costa Mendes IA. A busca das melhores evidencias. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(4):43-50.

5. Lopes de Domenico EB, Costardi CA. Enfermagem baseada em evidencias: princípios e aplicabilidades. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(1):115-118.
6. Sackett DL, Rosemberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BM J*. 1996;312:71-72.
7. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: A clarification of the issues. *J Adv Nurs*. 1999;30(1):10-17.
8. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420-5.
9. Mulhall A. Nursing, research, and the evidence. *Evi Based Nurs*. 1998; 1: 4-6.
10. Muir Gray JA. Evidence-based health care. How to make health policy and management decisions. Edimburg: Churchill Livingstone; 1997.
11. Haas Sh. Resourcing evidence-based practice in ambulatory care nursing. *Nurs econ*. 2008; 26(5):319-322.
12. Flemming K. Asking answerable questions. *Evid Based Nurs*. 1998;1(2):36-37.
13. Clearly-Holdforth JL. Essential elements in developing evidence-based practice. *Nurs Stand*. 2008;23(2):42-46.
14. Mazurek B, Fineout-Overholt E. Key steps in implementing evidence-based practice: asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatric Nurs*. 2002;22(3):262-263.
15. Gerrish K, Lacey A. The research process in nursing. 5ed. Inglaterra: Blackwell; 2006.
16. Craig JV, Smith RL. The Evidence-Based practice. Manual for nurses. 2ed. Liverpool: Amsterdam: Elsevier; 2007.
17. Oxford English Dictionary. Evidencia [Internet]. Oxford: AskOxford; 2008 [acceso 2008 Nov 15]. Disponible en: http://www.askoxford.com/concise_oed/evidence?view=uk
18. Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española. Evidencia [Internet]. Real Academia Española; 2008 [acceso 2008 Dic 20]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=evidencia
19. Clarke M. The Cochrane Database of systematic review. *J Evid Based Med*. 2008; 1(12):12.
20. Cullum N. Identification and analysis of randomized controlled trials in nursing: a preliminary study. *Qual Safe Health Care*. 1997; 6(1): 2-6.
21. Hunt JM. Guest editorial. *J Adv Nurs*. 1996; 23: 423-425.
22. French P. The development of evidence-based nursing. *J Adv Nurs*. 1999;29(1):72-78.
23. Blanchard H. Factors inhibiting the use of research in practice. *Prof Nurse*. 1996 May; 11(8): 524.
24. Ciliska D. Educating for evidence-based practice. *J Prof Nurs*. 2005 Nov;21(6):345-350.
25. Emerson R, Records K. Today's challenge, tomorrow's excellence: The practice of evidence-based education. *J Nurs Edu*. 2008 Aug; 47(8):359-370.
26. Soukup M, McCleish J. Advancing evidence-based practice: A program series. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39(9):402-6.
27. Colyer H, Kamath P. Evidence-based practice: a philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *J Adv Nurs*. 1999;29(1):188-193.
28. Reimer S, Baumbusch J, Schultz A, Anderson J. Knowledge development and evidence-based practice. Insights and opportunities from a postcolonial feminist perspective for transformative nursing practice. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(1):26-40.
29. Rusell CK, Gregory, DM. Evaluation of qualitative research studies. *Evid-based Nurs*. 2003;6(2):36-40.
30. Fleming K. The knowledge base for evidence-based nursing. A role for mixed methods research? *Adv Nurs Sci*. 2007;30(1):41-51.
31. Mazurek B, Fine out-Overholt E. Rapid Critical appraisal of Randomized controlled trials: An essential skill for Evidence-based practice (EBP). *Pediatric Nurs*. 2005;31(1):50-52.
32. Tanner C. Editorial. Clinical Judgement and evidence-based practice: toward pedagogies of integration. *J Nurs Educ*. 2008;47(8):335-336.
33. Burns N. & Grove S. El uso de la investigación en la práctica de enfermería con el objetivo de ejercer una práctica basada en la evidencia. *Investigación en enfermería*. 3ª Ed. Elsevier; 2003. p. 472-511.
34. Tveito TH, Eriksen HG. Integrated health programme: A workplace randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008;65(1):110-119.
35. Hockenberry M, Wilson D, Barrera P. Implementing Evidence-based nursing practice in a pediatric hospital. *Pediatric Nurs*. 2006;32(4):371-377.
36. Achterberg T, Schoonhenven L, Grol R. Nursing implementation science: How evidence-based nursing

- requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholars*. 2008;40(4):302-310.
37. Adams S, McCarthy AM. Evidence-based practice and school of nursing. *J School Nurs*. 2005;21(5):258-265.
38. Schon D. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
39. Mantzoukas S. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *J Clin Nurs* 2007;17(2): 214-223.
40. Mitchell G. Evidence-based practice: critique and alternative view. *Nurs Scie Q*. 1999; 12(1):30-35.
41. Kitson A. Using evidence to demonstrate the value of nursing. *Nurs Stand*. 1997;11(28): 34-39.
42. Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Invest educ enferm*. 2003;21(1):50-64.
43. Salmond SS. Randomized controlled trials. Methodological concepts and critique. *Orthop Nurs*. 2008;27(2):116-122.
44. Fetter MS, Feetman SL, Dapolito K, Chaze BA, Fink A, Frink BB et al. Randomized clinical trials: Issues for researchers. *Nurs Res*. 1989;38(2):117-120.
45. White S. Evidence-based practice and nursing: the new panacea?. *Br J Nurs*. 1997;6(3): 175-177.
46. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid based Nurs*. 1998; 1: 38-39.
47. Bertulis R. Barriers to accessing evidence-based information. *Nurs Stand*. 2008;22(36): 35-39.
48. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2000;31(3): 599-606.
49. Koehn M, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*. 2008; 62(2):209-215.
50. Hannes K, Vandermissen J, Blaeser L, Peeters G, Goedhuys J, Aertgeerts B. Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *J Adv Nurs*. 2007;60(2):162-171.
51. Pagoto S, Spring B, Coups E, Mulvaney S, Coutu M, Ozaninci G. Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioural science health professionals. *J Clin Psychol*. 2007; 63(7):695-705.
52. Mitchell G. Questioning evidence-based practice for nursing. *Nurs Scie Q*. 1997; 10(4): 154-155.
53. Bedregal P, Ferlie E. Evidence based primary Care? A multi-tier, multiple stakeholder perspective from Chile. *Int J Health Plann Manage*. 2001; 16(1):47-60.
54. Sredl D. Evidence-based nursing practice: what US nurse executives really think. *Nurs Res*. 2008; 15(4):51-65.
55. Paley J. Evidence and expertise. *Nurs Inq*. 2006; 13(2):82-93.
56. Newell R, Bernard P. *Research for evidence-based practice*. Estados Unidos: Blackwell. 2006.
57. Titler M, Adam S. Developing an evidence-based practice. En: La Biondo-Wood G & Haber J, eds. *Nursing Research. Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 7ed. United States: Mosby-Elsevier; 2010. p. 385-436.
58. Rosswurm MA, Larrabee J. A model for change to evidence-based practice. *Image J Nurs Sch*. 1999;31(4):317-322.
59. Miles A, Polycronis A, Grey J. The evidence-based health care debate - 2006. Where are we now? *J Eval Clin Pract*. 2006;12(3):239-247.
60. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, & Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and application to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):600-607.
61. Melnyck B, Fineout-Overholt E, Stone P, Ackerman M. Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatric Nurs*. 2000;26(1):77- 80.
62. Hokanson J. Why evidence-based nursing practice? *Urol Nurs*. 2006;26(1):11.
63. Goding L, Edwards K. Evidence-based practice. *Nurs Res*. 2002;9(4):45-57