

# Prácticas Basadas en Evidencias (PBE)

## INTRODUCCIÓN

¿Nunca te has planteado si el modo en el que desarrollas tu práctica clínica es la más efectiva? ¿Cómo has reaccionado cuando en tu 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.



Estas cuestiones provocan una variabilidad que puede tener dos aspectos o componente que a continuación pasamos a analizar:

Por un lado tenemos lo que se puede denominar *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 variabilidad. 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 los de un gran hospital universitario, ni los 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.

Por otro lado encontramos lo que denominaremos *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.

Esta variabilidad injustificada actúa en detrimento de la calidad de nuestros cuidados y genera suspicacia en el paciente. ¿Cómo podemos solventar esta situación? La respuesta parece sencilla: aplicando el mejor de los cuidados.

Desde nuestra perspectiva actual, podemos afirmar que el mejor de los cuidados es aquel que está basado en datos (que no en creencias), en investigación (y no en costumbre)... dejando de dar cabida al “siempre se ha hecho así” y dando la bienvenida a las pruebas científicas, es decir, a la investigación.

## **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. Esta situación ha cambiado y con el desarrollo de la

investigación en cuidados la experiencia experta no se desestima pero sí que ha perdido peso en favor del rigor científico.

Con todo lo expuesto hasta ahora podemos empezar a definir lo que entendemos como “Prácticas basadas en evidencias” (PBE): **“El uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones acerca de la atención y cuidado de pacientes individuales”** (Sacket 1996).

Como veremos posteriormente, una de las características de las PBE es que tienen en cuenta la opinión de los pacientes (incluyéndolos así en el proceso de toma de decisiones) y de esta manera confluyen todas estas fuentes de información obteniendo decisiones que pueden variar en función del momento, de la información de a que se disponga y de múltiples circunstancias que rodeen a la persona que toma la decisión.

¿Cómo podemos tomar la mejor decisión para el cuidado de nuestros pacientes? La respuesta la podemos encontrar en la enfermería basada en evidencias.

### **CONCEPTO DE EVIDENCIA, NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN.**

Dentro del marco de las PBE utilizamos la palabra **“evidencia”** para referirnos a las pruebas aportadas por la investigación. Este uso se deriva de la traducción literal del inglés “evidence” (prueba, comprobación) y no deja de resultar paradójico que en castellano lo evidente es aquello que no necesita ser demostrado. El concepto de “Evidence based medicine”, traducido al castellano como “medicina basada en la evidencia o en pruebas”(MBE), fue dado a conocer en el año 1991 a través de un editorial en la American College of Physicians Journal Club, primera revista que empezó a publicar resúmenes estructurados de estudios relevantes procedentes de otras revistas.

Debemos tener en cuenta esta paradoja sobre todo cuando nos estamos iniciando en las PBE para no malinterpretar los conceptos básicos. Para evitar esta malinterpretaciones hay enfermeros que prefieren utilizar la denominación “enfermería basada en pruebas” o al menos utilizar “enfermería basada en evidencias” en lugar de “enfermería basada en la evidencia”.

Pero la palabra evidencia no puede ser utilizada como verdad absoluta sin más. Las evidencias científicas provienen generalmente de los estudios de investigación y aquí pueden ocurrir varias cosas:

- Que el estudio no sea extrapolable a mi ámbito/pacientes.
- Que el estudio se haya diseñado de manera errada.
- Que los resultados de la investigación no se hayan publicado.
- Que los resultados de la investigación se hayan publicado de manera tendenciosa.

Estas circunstancias nos obligan a hablar de la mejor evidencia disponible y a tener siempre presente que es necesario evaluar su calidad y aplicabilidad. De este hecho se derivan otros conceptos básicos a la hora de hablar de PBE como son:

- *Lectura crítica*: evaluación de la validez interna y externa de un artículo científico.
- *Nivel de evidencia*: grado de fortaleza interna de la investigación a la que nos referimos.
- *Grado de recomendación*: indica hasta qué punto podemos confiar si poner en práctica esta recomendación conllevará más beneficios que riesgos.

## **CONCLUSIONES**

El panorama sanitario actual obliga a tener en cuenta todas estas consideraciones dado que necesitamos participar en el mantenimiento de un sistema sanitario sostenible en el cual se haga un uso racional de los recursos. Las enfermeras debemos focalizar nuestra atención en que nuestros *cuidados sean efectivos, eficaces y eficientes* y trasladar estas premisas a la práctica habitual es un esfuerzo que merece la pena. Esta traslación a la práctica diaria precisa que nos apoyemos en los resultados de la investigación en cuidados y que sepamos interpretar y aplicar estos resultados. Así, la EBE se presenta como una solución a la aparente brecha que existe entre la enfermería investigadora y la enfermería asistencial; las investigaciones no deben quedarse depositadas en libros y revistas si no que deben ser aplicadas por el colectivo enfermero en aras de la excelencia en cuidados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Rubinstein A., Rubinstein F. Una mirada hacia la variación inapropiada de los Contenidos, Calidad y Resultados de las Intervenciones Clínicas. Evid Act Pract Ambul. Vol. 6 Número 1: Enero-Febrero 2003 Disponible en <http://www.foroaps.org/files/M%E1s%20no%20es%20necesariamente%20mejor.pdf>
- Sackett DI, Rosenberg W, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and Chat it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
- Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: Aclarification of the issues. J Adv Nurs. 1999; 30 (1):10-17.
- Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. Invest educ enferm. 2003;21 (1):50-64.