



# Enfermería basada en la evidencia

## Y UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Julio Cabrero García\*

### 1. La utilización de la investigación en enfermería

La práctica de la enfermería debe estar asentada firmemente en la investigación. Esta es, al menos, una afirmación sostenida por un gran número de estudiosos y académicos en la actualidad<sup>1-4</sup>. Por ejemplo, Mercer<sup>5</sup> sostiene que la investigación es el proceso mediante el cual crece la base del conocimiento para la práctica de la enfermería. Y voces, quizás optimistas, afirman que la profesión de enfermería se ha comprometido a desarrollar una base de investigación para sostener la práctica'.

#### 1.1. La utilidad de la investigación en enfermería

Algunas de las críticas que recibe la investigación en enfermería es que no está respondiendo a su razón de ser. Es decir, no está contribuyendo a la mejora de la práctica<sup>7-9</sup> y sí al establecimiento de una élite intelectual y académica, alejada de la práctica de la enfermería. Esta última es una crítica frecuente en todas aquellas disciplinas basadas en la práctica<sup>10</sup>. Para acercarnos a este problema conviene separar dos aspectos: si se está realizando investigación potencialmente relevante para la práctica, y si así fuera, si se están incorporando los hallazgos a la práctica habitual.

El meta-análisis de Heater, Becker y Olson" abordaba la primera cuestión: se propusieron determinar la contribución de la investigación en enfermería para la práctica del cuidado de salud. Compararon los efectos de intervenciones experimentales frente a rutinarias o controles sobre medidas de resultado del paciente: conductual, conocimiento, fisiológico y psicosocial. La media del tamaño de los efectos a través de las cuatro categorías fue de 0,59, y la varianza de 0,58. Sólo en 36 de las 269 variables de resultado del paciente el grupo control tuvo resultados más favorables que el grupo experimental; en las restantes, la mayoría, sucedió al contrario. El hallazgo principal de este meta-análisis muestra que la práctica de la enfermería basada en la investigación puede ofrecer mejores resultados que la práctica habitual. Sin embargo, sólo una pequeña porción de la literatura empírica

\*Catedrático de E.U. de Metodología de Investigación en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, España.

CORRESPONDENCIA: Julio Cabrero García. Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Apartado de Correos 99, 03080 Alicante, España.

Manuscrito aceptado el 12.4.99

Index Enferm (Gran)1999; 27:12-18

Este artículo está basado en la lección magistral presentada para optar a cátedra de E. U. en la Universidad de Alicante en marzo de 1999.

plantea investigaciones en las que se valoran la eficacia de intervenciones de enfermería (o relacionadas con la enfermería) sobre los resultados de salud de los pacientes<sup>12</sup>. A pesar de esto último, otro signo muy positivo es el aumento en el número de meta-análisis y otras revisiones sistemáticas sobre intervenciones de enfermería o útiles para la enfermería (véase Droogan y Cullum<sup>13</sup>).

No es suficiente con que se realice investigación relevante para la práctica y que la misma pruebe su eficacia en términos de variables de resultado del paciente. Se precisa, además, un método sistemático y sólido para implementar en la práctica clínica innovaciones basadas en la investigación, y compartir el conocimiento mediante un proceso de disseminación de la investigación, y a este proceso complejo se le denomina "utilización de la investigación"<sup>14</sup>. Y ésta es la segunda cuestión aludida. Examinémosla con algún detalle.

### 1.2. El problema de la difusión y la utilización de la investigación

Existe suficiente evidencia de que los hallazgos de la investigación son inadecuadamente disseminados, así como que datos relevantes, producto de investigaciones, no son utilizados en la práctica<sup>7,15-17</sup>.

La disseminación de la investigación es el proceso planificado y sistemático de comunicar las innovaciones o hallazgos<sup>18</sup>. Es un concepto distinto al de implementación o utilización de la investigación, pero los esfuerzos más importantes en enfermería se han centrado más en la utilización, quedando subsumida la disseminación en esta última. Tres son los componentes de la disseminación<sup>19</sup> la información, la audiencia y los investigadores. La cantidad de información circulante relacionada con enfermería se incrementa continuamente, lo que no es un fenómeno específico de enfermería. Cullum<sup>7</sup> ha identificado 430 revistas relacionadas con enfermería en el periodo 1993-94. Esta misma autora ha localizado 522 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 1987-1994, y dentro del mismo proyecto ha localizado además 36 revisiones sistemáticas y meta-análisis. Un segundo componente es la audiencia.

Existen bastantes estudios que indican que el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los hallazgos de la investigación es insatisfactorio, que asimismo lo es su comprensión de los informes de investigación y que no existe una decidida orientación hacia la investigación ni tampoco una concienciación extendida sobre su importancia (sobre estas cuestiones volveremos más adelante). Estas limitaciones son, por tanto, de orden cognoscitivo y actitudinal. Y el tercer componente concierne a los investigadores y académicos. De éstos y de las políticas de investigación depende que la investigación se oriente a cuestiones de relevancia práctica.

La utilización de la investigación es el uso de los hallazgos de la investigación en cualquiera y en todos los aspectos de la práctica profesional<sup>21</sup>, y aunque existen tipos específicos de utilización de la investigación (instrumental, conceptual y persuasivo), vale decir, en términos simples, que la utilización de la investigación es su uso. Desde los años setenta se han desarrollado diferentes proyectos para mejorar la utilización de la investigación (WICHEN, CURN, NCAST, etc). Las conclusiones derivadas de estas experiencias sobre la transferencia de la investigación muestran la complejidad del proceso:

-La utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional. Es un proceso complejo de componentes políticos, organizacionales, socioeconómicos y actitudinales (véase Donaldson y Rutledge<sup>23</sup>).

-Las evidencias de la investigación deben ser fuertes, rigurosas, especialmente basadas en revisiones sistemáticas de estudios metodológicamente sólidos.

-Las estrategias de utilización precisan una cuidadosa planificación y comprenden un rango de intervenciones que incluyen componentes educativos, de audit y de administración del cambio.

-Deben identificarse y consensuarse los criterios de valoración de las intervenciones antes de implementar cualquier cambio.

-Existen muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica.

### 1.3. Factores favorecedores de la utilización de la investigación

De acuerdo con Berggre<sup>24</sup>, Closs y Cheate<sup>25</sup>, Mulhall<sup>26</sup>, se pueden distinguir los siguientes cinco factores:

- Disponibilidad de los hallazgos.
- Apoyo de los responsables de la gestión sanitaria.
- Actitudes favorables de los profesionales.
- Una cultura favorable a la innovación.
- Apoyo financiero y disponibilidad de tiempo.

La disponibilidad de hallazgos supone la disseminación de la información en formas más accesibles y eficientes, como abstracts estructurados, revisiones sistemáticas, guías para la práctica (*guidelines*), etc; y que los usuarios (profesionales de enfermería) tengan una mejor comprensión del proceso de investigación científica, y especialmente sean competentes en la lectura crítica de la investigación.

El apoyo de los administradores en el nivel de la política sanitaria y el de los administradores de enfermería y de otros responsables de gestión. Esto puede concretarse en actividades de *audit* clínico, en la influencia modélica y favorecedora de los cuadros de supervisión y gestión superior de los responsables de enfermería, en el desarrollo de programas de formación continua sobre la comprensión, valoración y uso de la investigación, la creación de unidades de desarrollo de enfermería, la presencia de nuevas figuras como la enfermera clínica especialista, el investigador con sede clínica, la presencia activa de personal de enfermería en las unidades de investigación, etc<sup>25,27</sup>.

Las actitudes de los profesionales, su experiencia y motivación (factor audiencia) en relación a la investigación y la innovación.

Una cultura positiva hacia la investigación: el énfasis en la responsabilidad profesional (*accountability*), las políticas de mejora de la calidad, la eficiencia de la asistencia sanitaria, el movimiento de la práctica basada en la evidencia, etc.

La necesidad de financiación. Por ejemplo, la disponibilidad de ordenadores, bases de datos documentales, acceso

a Internet, dotación económica para tareas vinculadas a la investigación, y la disponibilidad de tiempo.

## 2. Medicina basada en la evidencia

La cultura actual en relación a los cuidados de salud y la atención sanitaria está penetrada por ideas como responsabilidad (*accountability*), razón coste-beneficio, objetivos de eficiencia, *audit* y otras que conducen a la exigencia de una prestación sanitaria basada en fundamentos empíricos rigurosos, avalados científicamente. Inmerso en esta cultura se halla la corriente Medicina basada en la evidencia (MBE), y últimamente otras iniciativas a su abrigo, como Atención sanitaria basada en la evidencia o Enfermería basada en la evidencia. Abordaremos en primer lugar el movimiento nodriza, MBE, y a continuación el de la Enfermería basada en la evidencia.

La expresión "Medicina basada en la evidencia" (MBE) fue acuñada en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster, Canadá, en los años ochenta para referirse a una estrategia de aprendizaje clínico que ya llevaba desarrollándose una década en dicha facultad<sup>30</sup>. Los impulsores de esta iniciativa la definen como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Implica integrar la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática".

La práctica de la MBE sigue cuatro pasos. En primer lugar, se formula una clara pregunta clínica referida a un problema de un paciente. La pregunta debe ser específica, detallándose el tipo de paciente, la intervención clínica y el resultado clínico de interés. El segundo paso es encontrar las mejores evidencias disponibles. Para ello el clínico debe tener habilidades de búsqueda efectiva y un fácil acceso a las bases de datos bibliográficas. Hay dos tipos de bases de datos disponibles. Unas son bibliográficas y permiten identificar la literatura relevante, esencialmente a través del MEDLINE. El otro tipo de bases de datos aportan directamente los documentos primarios o secundarios de interés. Entre estas bases hay que destacar la *Cochrane*

*Database of Systematic Reviews*, la *Scientific American Medicine* en CDROM, el *ACP Journal Club*, y otros como *Evidence-based Medicine journal*, el *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, etc. El siguiente paso es la valoración de las evidencias. Dos son las cuestiones a valorar: la validez de las evidencias y su utilidad clínica. Los clínicos deben adquirir la suficiente maestría para analizar críticamente la literatura. Para facilitar esta tarea, varios equipos de trabajo, en el Reino Unido y en Norteamérica, han desarrollado un método simple y estructurado denominado "*critical appraisal*". La estrategia permite valorar artículos originales sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico, calidad de los cuidados, y aspectos económicos, así como revisiones y metaanálisis. Y en último lugar, actuar sobre la evidencia. Una vez se ha identificado la literatura válida y relevante, los clínicos pueden actuar directamente sobre el paciente o crear directrices o protocolos.

¿Cuáles son las razones de la MBE? Sus promotores exponen las siguientes. En primer lugar, porque la investigación con relevancia para la clínica está aportando continuamente nuevas evidencias que pueden suponer cambios importantes en el cuidado de los pacientes. Son especialmente estimables las evidencias que proceden de ensayos clínicos aleatorizados. En segundo lugar, por las dificultades de acceso, localización y obtención de la información clínicamente relevante. En tercer lugar, porque como consecuencia de los dos motivos anteriores, el conocimiento y la práctica clínica se vuelven obsoletos con el paso del tiempo (esto es fácilmente demostrable en lo que se refiere al conocimiento.) En cuarto, porque los programas tradicionales de educación médica continua no son eficaces en la mejora del rendimiento clínico. Y en último lugar, porque las estrategias basadas en la MBE pueden lograr mejorías en el rendimiento clínico y mantener actualizados a los profesionales. Al menos así lo indican algunos estudios realizados.

Pero, sin duda, hay otras. Cabría hacer el símil de que la MBE no es más que la punta de un iceberg o el feliz catalizador de un conjunto de áreas relacionadas. Éstas serían: la evaluación de las tecnolo-

gías médicas, la investigación en servicios de salud, las ciencias clínicas de la evaluación, la investigación sobre los resultados del paciente y la efectividad de la práctica médica (y la constatación de las variaciones en la práctica médica), los estudios sobre el uso de las tecnologías, la valoración socio-económica, el análisis de la calidad asistencial, y aun otras. Vandembrouck<sup>34</sup>, sucintamente, considera que la MBE es una gran idea que comenzó hace dos o tres décadas con el nombre de Epidemiología clínica. Y Muir Gray<sup>34</sup>, que ha escrito un texto donde se extiende la MBE hasta toda la asistencia sanitaria, señala las razones externas de toda la corriente: "En el siglo XXI el responsable de tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria tendrá que practicar la toma de decisiones basada en la evidencia". El ritmo de incremento de la necesidad y la demanda de la asistencia sanitaria es mayor que el de los recursos disponibles. Cuatro son las razones principales de este fenómeno: el envejecimiento de la población, nuevos conocimientos y tecnologías, cambio y aumento de las expectativas de los pacientes y, consiguientemente, cambio en las expectativas de los profesionales<sup>34</sup>.

### 2.1. La nueva práctica de la medicina

Para el grupo de MBE la práctica de la medicina está cambiando, y el cambio es tan profundo que no dudan en usar el término paradigma; un nuevo paradigma que viene a reemplazar al viejo. Los antecedentes del nuevo paradigma estarían en los desarrollos de la investigación clínica en los últimos 30 años, y se cita expresamente al ensayo clínico aleatorizado como el instrumento máximo para valorar la eficacia de los tratamientos, cuando pocas décadas atrás era una rareza en la investigación clínica. Estos son sus supuestos:

-La intuición y la experiencia clínica son una parte crucial y necesaria para llegar a ser un médico competente.

-El estudio y comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad son necesarios pero insuficientes para guiar la práctica clínica.

-La comprensión de ciertas reglas de la evidencia es necesaria para interpretar correctamente la literatura sobre causal-

dad, pronóstico, tests diagnósticos y la estrategia de tratamiento.

-El supuesto final es que los médicos cuya práctica esté basada en la comprensión de la evidencia subyacente darán un mejor cuidado al paciente.

## 2.2 Críticas a la MBE

Probablemente la crítica más exhaustiva y sistemática realizada hasta el momento sea la de Feinstein y Horwit<sup>35</sup>, aunque no la única. Los propios proponentes de la MBE han señalado algunas limitaciones e intentado aclarar algunos malos entendidos<sup>20,31</sup>. Vandenbroucke<sup>33</sup> traza un sugerente paralelismo entre la MBE y la "*Médecine d'Observation*" de Pierre Louis de primera mitad del siglo XIX en París, que le permite mostrar algunos de los peligros que asaltan a la MBE y que podrían hacerla seguir la misma derrota que a la Escuela de París: su fracaso.

Una crítica central a la MBE y otras avenidas próximas, como la epidemiología clínica y la estadística, reside en el peso mayor que se otorga al conocimiento estadístico frente a la experiencia o la ciencia básica. Tannenbau<sup>44</sup> sostiene que el razonamiento sobre pacientes individuales descansa tanto sobre la experiencia personal como en teorías causales y conocimiento estadístico. El razonamiento sobre un individuo no es probabilístico, sino que se enmarca en términos causales.

Para Feinstein y Horwit<sup>35</sup> la novedad de la MBE no está en la práctica que se propone (lo que implica negar un cambio de paradigma, o sin más no aceptar la versión paradigmática), sino en los contenidos reunidos para usarlos como, esencialmente, un nuevo libro de texto en medicina clínica. Un libro confinado a contenidos suministrados por ensayos clínicos, meta-análisis y revisiones sistemáticas.

Aunque ha llegado a ser un tópico afirmar que gran parte de la práctica médica no está basada en evidencias, los últimos estudios realizados muestran que la realidad es muy otra<sup>45,46</sup>. Y además, la mayoría de las intervenciones basadas en evidencias no se fundamentan en el ensayo clínico aleatorizado.

El ensayo clínico aleatorizado, a pesar

de haberse convertido en el gold standard de la investigación clínica y núcleo de la MBE, presenta algunas limitaciones<sup>35,36</sup>: se centra en datos "duros" como medidas de resultado (muerte, enfermedad, etc), y en datos derivados de endoscopias, biopsias, citologías, tests diagnósticos, etc, para las líneas base; hace escaso uso de datos "blandos", como tipos de síntomas, severidad, rasgos distintivos para subgrupos de pacientes; se omiten detalles clínicos potencialmente cruciales: respuesta a corto plazo, agentes terapéuticos previos, dificultad de seguimiento de las recomendaciones de los tratamientos, etc<sup>35</sup>; no están exentos de sesgos de selección; se realizan en contextos de investigación especializados; la proporción de sujetos que entran a formar parte del estudio con respecto al grupo de pacientes elegibles es baja; la mortalidad experimental no es despreciable; existe contaminación de tratamientos entre los grupos del estudio; y todo ello dificulta, y no sólo, la generalización y aplicabilidad de los resultados». Además, existen otras formas de evidencias, como las que se derivan de los estudios cualitativos, o de series de casos -que son insustituibles-, que difícilmente entrarían en las bases de datos de la MBE<sup>41,42</sup>.

La MBE se centra en el paciente promedio. Los ensayos clínicos no responden a cuestiones sobre pacientes individuales, pero el clínico experto combina las evidencias con su conocimiento teórico y su experiencia clínica para tomar decisiones aplicables a pacientes concretos<sup>42,47</sup> (de ahí que algunos consideren que la MBE es más un subconjunto de la práctica clínica efectiva, y no tanto un sustituto o una alternativa<sup>47</sup>).

Existen zonas de la práctica donde las evidencias sobre el riesgo-beneficio son incompletas o contradictorias; otro conjunto de decisiones implican combinaciones de razonamiento terapéutico ad hoc y fisiopatológico. Existen muy pocos ensayos clínicos sobre intervenciones profilácticas para los factores de riesgo. Hay ámbitos donde los ensayos clínicos o no son pertinentes (éticos) o no son posibles (para la mayoría de los marcadores diagnósticos). Y la disponibilidad de evidencias variará enormemente según especialidades.

Otras críticas son más generales o

incluso de índole sociológica. La MBE está siendo absorbida por los políticos y los gestores, que la presentan como una panacea, a expensas de la ciencia médica». Feinstein y Horwitz<sup>35</sup> se preguntan por las fuentes de autoridad de la MBE: ¿cómo trabaja?, ¿quién elige a quienes deciden?, ¿quién determina los temas que serán elegidos para ser objeto de meta-análisis y de decisiones autorizadas?. Las revisiones sistemáticas, ¿serán siempre suficientemente críticas?. Smith<sup>41</sup> habla de *lobby* para referirse a todo el conjunto MBE. Y existen críticas más radicales, como la de James<sup>o</sup>, para el que la MBE supone una huida de los datos crudos, de las fuentes primarias, del método científico, y que en el mejor de los casos la MBE es una forma inconsistente e incompatible con la ciencia. Una muestra de este tipo de críticas es la sentencia de Charlon<sup>36</sup>: "If we needed to make a choice between medical science and megatrials as the basis of clinical practice then would have to choose science".

## 3. La enfermería basada en la evidencia (EBE)

La enfermería no es una profesión basada en la investigación<sup>48</sup>, o si se prefiere, no está basada en evidencias; existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica<sup>49</sup>; la investigación sólo en un alcance muy limitado es utilizada en la prácticas<sup>50</sup>. Hunt observó que gran parte de la práctica ritualística (asentada en la experiencia y la tradición) que previamente había identificado el *Royal College of Nursing* del Reino Unido dos décadas antes seguía siendo realizada años después. Más recientemente, Camia ha encontrado, en una investigación realizada con muestras de estudiantes de enfermería y de profesionales del Reino Unido, que la práctica no basada en la investigación era una realidad, en particular en actividades como la alimentación y lavado pre-quirúrgico, la administración rutinaria de fármacos, planes de cuidado fundamentales, cuidados de las zonas de presión, registro rutinario de signos vitales, aseo matutino temprano; aunque algunas prácticas sí estaban basadas en evidencias: el manejo del dolor, la cateterización y la admisión de pacientes.

Los datos en conjunto reflejan que la rutina y la práctica orientada a la tarea son la moneda de uso.

### 3.1 Algunos hitos de la Enfermería basada en la evidencia

Siguiendo la exposición de Icart<sup>51</sup>, los primeros documentos sobre el tema aparecen a principios de 1996 (recordemos, 1991 en el caso de la MBE) en revistas británicas, y en los primeros nueve meses de 1997 la base de datos MEDLINE reunía 55 referencias con el sintagma *evidence based and nursing*, mientras que para el periodo 1992-1996 sólo aparecen 16. En marzo de 1997 se celebra en Londres la *1<sup>st</sup> National Conference on Evidence Based Nursing*, auspiciada por el *Royal College of Nursing* y la revista *Nursing Standard*. Otro hecho significativo es la aparición de la revista *Evidence Based Nursing*, en 1998. Se han inventariado 522 ensayos clínicos aleatorizados<sup>20</sup>, y 36 revisiones sistemáticas sobre la efectividad en áreas de la práctica de enfermería". Y relacionado con la EBE, aunque no estrictamente EBE, hay que destacar la publicación *The Online Journal of Clinical Innovations*, cuyo primer número tiene fecha de junio de 1998, una revista electrónica dedicada a recolectar nuevos conocimientos para su transformación en nueva práctica, y hacer que las fuentes de innovación clínica (nuevas soluciones o prácticas que solucionen problemas) sean accesibles a los profesionales de enfermería. Y por último, CINAHL *Clinical Innovations Database* (CCID), que suministra acceso a búsquedas de la literatura, repertorios bibliográficos, síntesis narrativas preliminares y valoración del cuerpo de conocimientos resultantes según criterios de mérito científico y significación clínica, identificación de tácticas de innovación, y recomendaciones para la innovación que estén disponibles *online*.

### 3.2. Problemas para una enfermería basada en la evidencia

Empecemos por una definición de EBE. Es la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes individuales<sup>52</sup>.

¿Qué añade la EBE a la tradición del tema sobre la diseminación y utilización de la investigación? Según Estabrooks<sup>21</sup>, la EBE es más abarcadora que la utilización de la investigación, ya que no sólo se centra en las evidencias de la investigación, sino que incorpora otras evidencias, principalmente el juicio clínico y la experiencia. Pero abordemos, en primer lugar, las posibles limitaciones de la EBE en cuanto a la incorporación de las evidencias externas, producto de la investigación. Debemos reconocer dos hechos:

1. La insuficiencia de evidencias de la investigación para la práctica.

2. El proceso de utilización de la investigación es muy complejo.

El segundo hecho no es específico de enfermería, el primero sí, al menos si se compara con la situación de la medicina. Y esto permite ya un primer acercamiento a la realidad y futuro de la EBE. La EBE (en el sentido más restringido de incorporación de las evidencias de la investigación), podría entenderse como un doble proceso: uno de diseminación y otro de utilización (aunque ya se ha señalado antes la dificultad de tal separación).

Es de diseminación todo lo concerniente a la (i) facilitación del acceso de la información: desarrollo de mejores estrategias de búsqueda en las bases de datos, mejora de la indización de las bases de datos, creación de nuevas bases de datos compiladoras de las mejores y más nítidas evidencias, como la biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas, el inventario de ensayos clínicos aleatorizados de la Colaboración Cochrane, las revistas compiladoras de evidencias como el *ACP Journal Club*, el *EvidenceBased Medicine journal* o el *EvidenceBased Nursing journal*, los abstracts estructurados, etc. Pero la cantidad de evidencias disponibles para la práctica de enfermería es insuficiente, por lo que los esfuerzos por facilitar el acceso de la información a los profesionales de enfermería van a tropezar con una seria limitación en el origen (recordemos que Droogan y Cullun<sup>15</sup> sólo pudieron identificar 36 revisiones sistemáticas sobre la efectividad de intervenciones en el área de enfermería, y en cuanto a ensayos clínicos aleatorizados, 522<sup>20</sup>). Parcialmente este estado de cosas se explica por una menor tradición y madurez de la

investigación en enfermería (con respecto a medicina), que se traduce, por un lado, en un predominio de diseños exploratorios y descriptivo<sup>53</sup>, y por otro, en una reciente incorporación (a partir de los años sesenta) de los temas clínicos en la investigación; pero también por una orientación y vocación diferentes, que son efervescentes en este momento. En efecto, sea por razones epistemológicas o profesionales, se asiste en enfermería, desde los años ochenta, a un fuerte ímpetu por la investigación cualitativa. Hicks y Hennessy se quejan de que organizaciones como la Colaboración Cochrane y en general todo el movimiento de la MBE se ciñan casi con exclusividad a la metodología experimental; existiendo el riesgo, ahondado por los requerimientos de muchos sistemas de salud de datos "duros", de una infravaloración de lo cualitativo, parte esencial de enfermería<sup>53,55</sup>. Las evidencias en enfermería procederán no sólo de la investigación cuantitativa, también de la cualitativa, de análisis de mejora de la calidad y de informes clínicos de *"histories from the field"* (investigación cuantitativa, cualitativa y audit).

La (ii) audiencia es otro de los componentes del proceso de diseminación. Recordemos que la formación y destrezas de los profesionales de enfermería en lectura y valoración de informes de investigación está muy lejos de estar generalizada en la profesión, y añadamos que la solución no está sólo en la implantación universal dentro de la formación de pregrado y posgrado de cursos de investigación, sino que, como sucede en medicina, la investigación vigorice sus instituciones educativas, informe la instrucción y subsecuentemente infunda la práctica clínica<sup>56</sup>.

El último componente de la diseminación es el referido a los investigadores. Dos limitaciones de cara a la EBE: la escasez de estudios de replicación y de líneas programáticas de investigación (hay demasiadas investigaciones aisladas, sin continuidad y esto puede agravarse con la proliferación de estudios cualitativos).

¿Cuáles son las dificultades para la EBE desde la vertiente de la implementación de la investigación?. Como cuestión previa, creemos que la MBE (y la

EBE) plantea implícitamente el proceso de implementación, esto es, el modelo o paradigma de práctica clínica, como una cuestión individualizada, a diferencia de lo concerniente al proceso de diseminación (como se ha podido ver). Y ésta es su principal limitación de cara a la EBE. Hemos visto con anterioridad la suma de los elementos que concurren en la utilización: disponibilidad de hallazgos, apoyo político y administrativo sanitarios, actitudes de los profesionales, disponibilidad de tiempo y de financiación, resistencia al cambio. En absoluto un proceso individual. A diferencia de lo que sucede en medicina, en la que en mayor o menor medida, los elementos que intervienen en la utilización de la investigación están presentes, en enfermería, justamente por lo contrario, una traslación mimética de MBE en EBE puede resultar difícil: no hay soporte contextual para un modelo de práctica tipo MBE en enfermería.

¿Y qué limitaciones puede tener la EBE en toda su extensión semántica, esto es, la incorporación de otras evidencias, además de las de la investigación en la toma de decisiones clínicas? Antes veamos que la enfermería no se reconoce del todo bien con el tipo y jerarquía de evidencias externas (de la investigación) que consagra la MBE. Lorentzon sale al paso afirmando que evidencia en enfermería es todo aquello que puede contribuir a mejorar la práctica. Su planteamiento no resuelve la delimitación del tipo de evidencias útiles. Estabrooks<sup>21</sup> distingue los dos tipos principales de evidencias: derivadas de la investigación y no derivadas de la investigación, y entre éstas últimas dos principales: la experiencia y el juicio clínico. Éstas son evidencias falibles, correas, pero insoslayables. Se necesita saber sobre ellas: ¿cuáles son sus elementos?, ¿cómo se miden?, ¿cómo optimizarlas?, ¿pueden jerarquizarse?, ¿cómo integrarlas con otras evidencias?, etc. La EBE apenas ha mostrado interés por estas cuestiones.

### Bibliografía

- Akinsaya, J.. Making research useful to the practising nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 1994;19: 174-9.
- Burns, N. & Grove, S.K. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. Philadelphia, Saunders, 1987.
- Hancock, C. Promoting Nursing Research: The RCN's role. *Nurse Researcher*, 1993. 1(2):72-80.
- Hockey, L. The nature and purpose of research. En DFS Cormack, (ed.) *The Research Process in Nursing*. Oxford: Blackwell, 1991.
- Mercer, R.T. *Nursing Research: The bridge to excellence in practice*. Image, 1984. 16: 47-50.
- Cavanagh, S.J. & Tross, G. Utilizing research findings in nursing: policy and practical considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 1996. 24: 1083-8.
- Hunt, J. Indicators for nursing practice: the use of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 1981. 6: 189-94.
- Bircumshaw, D. The utilisation of research findings in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1990. 15: 1272-80.
- Webb, C. & MacKenzie, J. Where are we now? Research mindedness in the 1990s. *Journal of Clinical Nursing*, 1993. 2: 129-33.
- Hardey, M. The dissemination and utilization of nursing research. En M. Hardey & A. Mulhall, *Nursing Research. Theory and Practice*. London: Chapman and Hall, 1994.
- Heater, B.S., Becker, A.M. & Olson, R.K. Nursing interventions and Patients Outcomes: a Meta-Analysis of Studies. *Nursing Research*, 1988. 37: 303-7.
- Abraham, I.L., Chalifoux, Z. & Evers, G. Conditions, interventions, and outcomes: a quantitative analysis of nursing research (1981-1991). In *Patients Outcomes Research: Examining the effectiveness of nursing practice* (Moritz P. Ed.), National Institute of Health, Bethesda, Maryland, 1992.
- Droogan, J. & Cullum, N. Systematic reviews in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 1998. 35: 13-22.
- Mitchell, C.A. The Evolution of Research: from Science to Practice. En G. LoBiondo-Wood & J. Harber, *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization* (3 ed.). St Louis: Mosby, 1994.
- Walsh, M. & Ford, P. *Nursing Rituals*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1989.
- Arimitage, S. Research utilisation in practice. *Nurse Education Today*, 1990. 10: 10-5.
- Camiah, S. Utilization of nursing research in practice and application strategies to raise research awareness amongst nurse practitioners: a model for success. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 26: 1193-202.
- Crosswaite, C. & Curtice, L. Disseminating research results -the challenge of bridging the gap between research and health action. *Health Promotion International*, 1994. 9: 289-96.
- Dickson, R. Dissemination and implementation: the wider picture. *Nurse Researcher*, 1996. 4 (1): 5-14.
- Cullum, N. The identification and analysis of randomized controlled trials in nursing, a preliminary study. *Quality in Health Care*, 1997. 6: 2-6.
- Estabrooks, C.A. Will Evidence-based Nursing Practice Make Practice Perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 1998; 30: 15-36.
- Kitson, A., Ahmed, L.B., Harvey, G., Seers, K & Thompson, D. From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1996. 23: 430-40.
- Donaldson, N. & Rutledge, D.R. Expediting the harvest and transfer of knowledge for practice in nursing: Catalyst for a journal. *The Online Journal of Clinical Innovations*, 1998. 1: 1-25.
- Berggren, A.C. Swedish midwives' awareness of attitudes to and use of selected research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 1996. 23: 462-70.
- Closs, S.G. & Cheater, F.M. Utilization of nursing research culture, interest and support. *Journal of Advanced Nursing*, 1994. 19: 762-73.
- Mulhall, A. Nursing, research, and the evidence. *Evidence-Based Nursing*, 1998.1:4-6.
- Haynes, A. & Jones, R. Implementing findings of research. *British Medical Journal*, 1994.3 08: 1488-92.
- Tierney, A.J. & Taylor, J. Research in practice: "an experiment in research practitioner collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 1991. 16:506-70.
- Hicks, C. & Hennersey, A. Mixed messages in nursing research: their contribution to the persisting hiatus between evidence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 25: 595-601.
- Rosenberg, W. & Donald, A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medical Journal*, 1995. 310: 1122-27.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W, Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W. S. Evidence-based medicine: what it and what it isn't? *British Medical Journal*, 1996. 312: 71-2.
- Guerra, L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 1996. 107:377-382.
- Vanderbroucke, J.P. Evidence-based Medicine and "Médecine d'Observation". *Journal of Clinical Epidemiology*, 1996. 49: 1335-8.
- Gray, J.A.M. Atención sanitaria basada en la evidencia. *Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- Feinstein, A.R. & Horwitz, R.I. Problems in the "Evidence" of "Evidence-based Medicine. *The American Journal of Medicine*, 1997. 103: 529-35.
- Charlton, B.G. Megatrials are subordinate to medical science. *British Medical Journal*, 1995. 311: 257.
- Dearlove, O., Rogers, J.O. & Sharples, A. Author's redefinition is better but not perfect. *British Medical Journal*, 1996. 313: 170.
- Jones, G.W. & Sagar, S.M. No guidance is provided for situations for which evidence is lacking. *British Medical Journal*, 1995. 311: 258.
- Chikwe, J. Evidence general practice: findings of study should prompt debate. *British Medical Journal*, 1996. 313: 114-5.
- James, N.T. Scientific method and raw data should be considered. *British Medical Journal*, 1996. 313: 169-70.
- Smith, L.N. Where there is wisdom...? The poverty of medical evidence. *British Medical Journal*, 1996. 313: 798-99.
- Maynard, D. Evidence-based Medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *The Lancet*, 1997. 349: 126-28.
- Rao, J.N. & Middleton, J.D. Evidence-based Medicine. Reviews may not be sufficiently critical of evidence. *British Medical Journal*, 1996. 312: 1610-1
- Tanenbaum, S.L. What physicians know. *New England Journal of Medicine*, 1993.329:1268-9.
- Ellis, J., Mulligan, I., Rowe, J & Sackett, D.L. Inpatient general medicine is evidence based. *The Lancet*, 1995. 346: 407-10.

## ARTÍCULOS ESPECIALES

### REVISIONES

46. Gilj, P., Dowell, A.C., Neal, R.D., Smith, N., Heywood, P. & Wilson, A.E. Evidence-based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *British Medical Journal*, 1996. 312: 819-21.
47. Newton, J.& West, E.. Evidence-based medicine and compassion. *The Lancet*, 1996; 347: 1839. 48.
- Pearcey, P.A. Achieving research-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1995. 22:33-9.
49. Luker K. Research and development in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1992. 17:1151-2.
50. Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A. & Tornquist, E.M.BARRIERS. The Barriers to Research Utilization Scale. *Applied Nursing Research*, 1991. 4: 39-45.
51. Icart, M.T. Enfermería basada en la evidencia: un nuevo desafío profesional. *Enfermería Clínica*, 1998. 8: 77-83.
52. Mulhall, A. Nursing research: what difference does it make? *Journal of Advanced Nursing*, 1995. 21: 576-83.
53. Hayes, P. Evidence-based practice. *Clinical Nursing Research*, 1997. 6: 123-125.
54. Lorentzon, M. Where do ideas come from? Setting research agendas. En P. Smith (ed.), *Nursing Research. Setting New Agendas*. London: Arnold.1998.
55. French P. The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1999. 29: 72-8.
56. Downs, F.S. Research as a survival technique. *Nursing Research*, 1996. 45: 323.