

Práctica basada en la evidencia

Conocer no es suficiente, tenemos que poner en práctica.
Querer hacer no es suficiente, tenemos que hacer.

GOETHE

EDITORIAL BOARD

Elizabeth A. Ayello, PhD, RN, ACNS-BC, ETN, FAAN, FAPWCA, President, Ayello, Harris & Associates, Inc.; Faculty, Excelsior College School of Nursing, Albany, N.Y.; Senior Adviser, The John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing and Program Director, Education Essentials, New York, N.Y.

Michael R. Cohen, ScD, MS, RPh, President, Institute for Safe Medication Practices, and Member of the Sentinel Event Advisory Group for The Joint Commission, Horsham, Pa.

Yvonne D'Arcy, MS, CRNP, CNS, Pain Management and Palliative Care Nurse Practitioner, Suburban Hospital-Johns Hopkins Medicine, Bethesda, Md.

Michael W. Day, MSN, RN, CCRN, Trauma Nurse-Coordinator, Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital, Spokane, Wash.

Cheryl Dumont, PhD, RN, CRNI, Director, Nursing Research and Vascular Access Team, Winchester Medical Center, Winchester, Va.

Martha M. Funnell, MS, RN, CDE, Codirector of the Behavioral, Clinical and Health Systems Intervention Research Core, Michigan Diabetes Research and Training Center; Research Investigator in the Department of Medical Education; and Adjunct Lecturer, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, Mich.

Peg Gray-Vickrey, DNS, RN, Provost and VP for Academic and Student Affairs, Texas A&M University-Central Texas, Killeen, Texas.

Elizabeth Heavey, PhD, RN, CNM, RN-BSN Program Director, Associate Professor of Nursing, The College at Brockport, State University of New York, Brockport, N.Y.

Jeanne Held-Warmkessel, MSN, RN, ACNS-BC, AOCN, Clinical Nurse Specialist, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, Pa.

Frank Edward Myers III, MA, CIC, Infection Preventionist III, UC San Diego Health System, San Diego, Calif.

Bill Pruitt, MBA, RRT, AE-C, CPFT, FAARC, Senior Instructor and Director of Clinical Education, Cardiorespiratory Sciences, School of Allied Health, University of South Alabama, Mobile, Ala.

Susan Simmons, PhD, RN, ARNP-BC, Family NP, College Park Family Care Center, Overland Park, Kan.

Linda S. Smith, DSN, MS, RN, CLNC, Faculty Affiliate, Idaho State University, Pocatello, Idaho

Kristopher T. Starr, JD, MSN, RN, Attorney at Law, Ferry, Joseph & Pearce, P.A., Wilmington, Del.; Staff RN, Emergency Department, Christiana Care Health System, Newark, Del.; Adjunct Nursing Faculty, Excelsior College, Albany, N.Y.; Supplemental Nursing Faculty, University of Delaware, Newark, Del.

Jeff Strickler, MA, RN, CEN, CFRN, NE-BC, Director, Emergency Services, University of North Carolina Hospitals, Chapel Hill, N.C.

LA PRÁCTICA ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE) no es una nueva idea; más bien todo lo contrario, al estar estrechamente conectada con el inicio y el desarrollo de la enfermería como profesión. Una figura emblemática, Florence Nightingale, fue pionera en la utilización del método científico para introducir mejoras asistenciales significativas en el cuidado de los pacientes. Analizó el entorno, recogió datos, implementó nuevas intervenciones de cuidados, monitorizó los resultados de pacientes y utilizó la estadística para analizar los resultados obtenidos, que llevó a la demostración de una disminución significativa de la mortalidad. Actualmente, la PBE es la base de la buena práctica y la transformación del sistema asistencial hacia un cuidado más personalizado, participativo, preventivo y predictivo. Esta orientación hacia la solución de problemas clínicos integra los resultados de investigación más relevantes, el conocimiento clínico experto de los profesionales, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles.

Por un lado, las enfermeras a pie de cama deben estar continuamente abiertas a cambios de cuidados basados en nuevos conocimientos emergentes, teniendo claro que su principal objetivo es el de proporcionar el mejor cuidado posible a los ciudadanos. Además, las enfermeras deben aplicar su conocimiento experto mediante el uso de su juicio clínico, los resultados obtenidos en su institución respecto a la mejora de la calidad, el pensamiento crítico, y la evaluación de los recursos disponibles, todos ellos elementos esenciales para la implementación de las intervenciones propuestas y la solución de los problemas concretos de salud. Por otra parte, las enfermeras con cargos de gestión deben utilizar la evidencia para evaluar las intervenciones de cuidados, distinguiendo las eficaces de aquellas que no lo son, además de evaluar su viabilidad y aceptabilidad dentro de su contexto de aplicación. Las gestoras deben trabajar en colaboración con las enfermeras para eliminar de la práctica las intervenciones de cuidados inefectivas. Además, a nivel organizativo, necesitamos líderes con autoridad reconocida que apoyen, cultiven, faciliten y esperen que la práctica esté basada en la evidencia en todos los niveles asistenciales.

Las preferencias y los valores de los pacientes son elementos indispensables en la PBE. La información recibida del paciente debe ser integrada en la toma de decisiones relacionadas con su situación de salud y los posibles tratamientos, considerando tanto sus riesgos como el beneficio probable. De esta manera, los pacientes pueden tomar decisiones informadas basándose en las mejores opciones derivadas del conocimiento actualizado.

A pesar de la sólida fundamentación y amplia evidencia disponible que apoya que la aplicación de la PBE mejora la calidad asistencial, los resultados de salud y el coste del cuidado, su práctica no se implementa homogéneamente por todos los profesionales ni está estandarizada en los centros asistenciales de nuestro entorno. Por el contrario, existen todavía numerosas prácticas que carecen o que cuentan con poca evidencia que las apoye.

La PBE pone énfasis en la necesidad de reconocer la importancia de poner en práctica el cuidado que funciona y eliminar las intervenciones que no funcionan, evitando replicarlas únicamente por inercia. Esta manera de trabajar no depende de la decisión individual, sino que requiere un esfuerzo de equipo unificado y bien coordinado.

La aplicación de la PBE no es fácilmente alcanzable, requiere tiempo y recursos tanto humanos como económicos para desarrollar el conocimiento, actitudes, habilidades y cultura necesaria para su aplicación. Algunas de las estrategias utilizadas para acelerar la aplicación de la PBE incluyen: a) que las organizaciones se comprometan en su misión a proporcionar un cuidado basado en la evidencia y que faciliten los recursos para crear esta cultura, b) que las universidades formen enfermeros de grado y máster con una sólida competencia para la implementación de la PBE, c) que los profesionales clínicos apliquen sus conocimientos y habilidades orientadas hacia la PBE, d) que toda la práctica clínica esté basada en la evidencia, e) que la PBE se integre en los sistemas de información tecnológica de las organizaciones, f) que las decisiones de los líderes enfermeros, como "role models" estén basadas en la evidencia y g) que se incentive la PBE.

La práctica e investigación en enfermería debe continuar identificando y desarrollando mejoras del cuidado, y estas mejoras deben ser analizadas e implementadas mediante cambios en las políticas de salud en todos los niveles asistenciales.

A pesar de que la PBE requiere una inversión organizativa y económica importante, el esfuerzo merece la pena, ya que su impacto a largo plazo mejora significativamente los resultados de salud en el paciente y los ciudadanos. Este es un objetivo inequívoco e inexcusable. Aunque algunas instituciones se encuentren todavía rezagadas y encontremos obstáculos en su aplicación, nuestro objetivo es claro: dar respuesta a la demanda por parte de la sociedad de un cuidado enfermero basado en la evidencia. Estamos preparadas para asumir este reto con conocimiento y rigor científico, que representa la vía más efectiva para mejorar nuestra práctica clínica. La calidad del cuidado del paciente está en gran medida en nuestras manos.

Adelaida Zabalegui, RN, PhD, FEANS