



ARTÍCULO ESPECIAL

Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio



Miguel Ángel Rodríguez Calero^a, Carlos Javier Villafáfila Gomila^{b,*}
y Pedro Sastre Fullana^a

^a Servei de Salut de les Illes Balears, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Palma, Baleares, España

^b Servei de Salut de les Illes Balears, Palma, Baleares, España

Recibido el 6 de julio de 2018; aceptado el 14 de diciembre de 2018

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE

Enfermería de práctica avanzada;
Práctica clínica basada en la evidencia;
Rol de la enfermera;
Investigación traslacional

Resumen En un contexto de envejecimiento de la población, aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y creciente complejidad, se hace necesario definir nuevos roles profesionales que consigan dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

A ello se une la certeza de que la variabilidad en la práctica clínica, así como en la gestión sanitaria, hace necesaria la adopción de las mejores evidencias como base de la toma de decisiones. Pero la aplicación de la práctica clínica basada en evidencia en un determinado contexto implica un amplio dominio de la evidencia disponible, su aplicabilidad y limitaciones, así como una profunda comprensión de las características particulares del ámbito en que se pretende aplicar, desde el nivel «macro» (políticas de salud, normativa marco, líneas estratégicas, valores sociales, etc.) hasta el «micro» (cultura local, preferencias de los usuarios, etc.).

El Servei de Salut de les Illes Balears, en colaboración con la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, propone el desarrollo de nuevos roles enfermeros de práctica avanzada que focalicen sus esfuerzos en la implementación planificada de evidencias en entornos clínicos. Las enfermeras de práctica avanzada han conseguido de manera natural, gracias a su desarrollo competencial, ejercer el papel de impulsoras de cambios organizacionales y actitudinales que facilitan la implementación de evidencia en organizaciones y entornos complejos.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvillafafila@ibsalut.es (C.J. Villafáfila Gomila).

KEYWORDS

Advanced practice nursing;
Evidence-based practice;
The role of the nurse;
Translational research

Advanced practice nurses and evidence-based practice. An opportunity for change

Abstract In a context of aging of the population, increased prevalence of chronic diseases and increasing complexity, it is necessary to define new professional roles that can meet the health needs of the population.

Added to this is the certainty that variability in clinical practice, as well as in health management, makes it necessary to use best evidence as the basis for decision-making. But the application of clinical practice based on evidence in a specific context implies a broad mastery of the available evidence, its applicability and limitations, as well as a deep understanding of the particular characteristics of the area where it is to be applied, from the "macro" (health policies, framework regulations, strategic lines, social values, etc.) to the "micro" level (local culture, user preferences, etc.).

The "Health Service of the Balearic Islands", in collaboration with the Faculty of Nursing and Physiotherapy from the University of the Balearic Islands, proposes the development of new advanced practice nursing roles that focus their efforts on the planned implementation of evidence in clinical settings. Advanced practice nurses have managed naturally, thanks to their competence development, to exercise the role of promoting organizational and attitudinal changes that facilitate the implementation of evidence in organizations and complex environments.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Incorporación de la evidencia en la práctica avanzada

La evolución de las necesidades de salud, en un escenario de incremento del gasto sanitario, envejecimiento de la población y aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, hace necesario rediseñar nuestros sistemas de salud y definir nuevos roles profesionales sanitarios. Una de las estrategias para hacer frente a este escenario, es la implementación de roles de enfermera de práctica avanzada (EPA)¹. Estos roles han irrumpido con fuerza a nivel internacional con un gran impacto en los resultados en salud². El presente artículo se centra en el papel de estas enfermeras en la incorporación de la práctica basada en la evidencia y en la reducción de la ya clásica distancia entre la investigación y la práctica asistencial. El Servei de Salut de les Illes Balears, en colaboración con la Facultat de Enfermeria y Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears, pretende proponer el diseño y desarrollo de nuevos roles de práctica avanzada que focalicen su actividad en la implementación planificada de evidencias en entornos clínicos.

Variaciones en la práctica y prestación de servicios. Una cuestión de calidad, pero también de equidad

La variabilidad en la práctica clínica ha sido descrita desde los años 30 del pasado siglo en el estudio publicado por Glover en 1938³. Describía tasas de amigdalotomía en niños hasta 8 veces superiores en determinados distritos sin una aparente explicación. Posteriormente, la serie de estudios de Wennberg et al. en Estados Unidos⁴⁻⁶ mostró importantes diferencias entre regiones con relación a las tasas de adenoidectomía, histerectomía, prostatectomía y otras

intervenciones. Tras varias décadas de estudios, podemos afirmar que la variabilidad de la práctica clínica está presente en casi cualquier evento observado⁷.

El fenómeno «variabilidad poblacional» se define como variaciones sistemáticas (no aleatorias) en las tasas de incidencia acumulada estandarizadas por edad y sexo, de un procedimiento clínico, a un determinado nivel de agregación de la población⁸. Existe además una «variabilidad individual» también descrita.

El consenso en la toma de decisiones, cuando se produce, se da principalmente entre profesionales de un área determinada o un contexto específico⁹. Así, bajo el fenómeno de la variabilidad, subyace la incertidumbre sobre la eficacia de las intervenciones y los resultados reales que se derivan de nuestra práctica individual¹⁰, hecho que rompe la presunción de que todos los profesionales aplican la mejor práctica posible ante una determinada situación de salud. La variedad del criterio profesional en la toma de decisiones conlleva necesariamente una distinta eficacia de sus intervenciones, o una distinta calidad de la atención prestada.

Esto sucede en un escenario de progresivo aumento de la complejidad de las intervenciones sanitarias y socio-sanitarias, además del desarrollo de la tecnología sanitaria y el alto grado de especialización de profesionales, en las que intervienen gran variedad de factores que condicionan el desarrollo de la enfermedad, así como la respuesta del sistema sanitario en la prestación de cuidados¹¹. Es imposible demorar por más tiempo la necesidad de trabajar en equipo y tomar decisiones consensuadas entre usuarios y equipos de salud. De otra manera, seguiremos perpetuando una situación en que unas personas acceden a tratamientos, cuidados y servicios más adecuados que otras ante una misma situación de salud. Dar respuesta a esta situación es también una obligación ética para los gestores en los sistemas de salud e instituciones sanitarias. Es imprescindible que estos se sumerjan en el paradigma de la gestión basada

en evidencias, pues es conocido que los problemas de variabilidad están también extendidos en el ámbito de la gestión del cuidado de la salud¹². En un sistema que promueve la igualdad de derechos y de acceso a la salud, ¿podemos hablar de variabilidad sin dejar de hablar de equidad?

Práctica basada en evidencias

La corriente de la práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) surgió en Reino Unido, Canadá y Estados Unidos a principios de la década de los 90. La clásica definición de Sackett¹³ la describe como la «utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente», entendiéndose por «evidencia científica» el cuerpo de pruebas o resultados provenientes de la investigación científica de calidad.

Más de 20 años después, el debate continúa sobre la mesa: ¿por qué la distancia entre los resultados de la investigación y la práctica?, ¿qué pueden hacer las instituciones sanitarias para reducir esta brecha?

Estos interrogantes no tienen una fácil respuesta. La práctica basada en evidencias es un proceso complejo que requiere de conocimientos, planificación y tiempo. Además, disponemos de escasos modelos teóricos que puedan explicar y guiar eficazmente esta transferencia¹⁴. Tomando información de algunos de estos modelos, podemos sintetizar elementos clave requeridos en el proceso de transferencia del conocimiento a la práctica:

- Selección y síntesis de la evidencia útil en un universo creciente de información científica.
- Análisis de la validez y la credibilidad de la evidencia, lo que supone amplios conocimientos metodológicos. La dificultad de encontrar evidencias experimentales en el campo de la enfermería debido a la naturaleza de nuestras intervenciones añade aún más incertidumbre a la interpretación del cuerpo de evidencias.
- Evaluación del posible impacto en la salud de la incorporación de la evidencia.
- Análisis de la aplicabilidad de la investigación, la posibilidad de adaptarla al contexto de práctica en función de sus características culturales, sus recursos y otras variables del entorno.
- Analizar fuentes de evidencia o pruebas relativas a la actividad clínica (cuya medición es crítica para la evaluación de procesos), como indicadores asistenciales, resultados de auditorías, normativa local, políticas de salud y preferencias, perspectivas o expectativas de los pacientes.
- Difusión y diseminación de la evidencia relevante, seleccionando la información clave o prioritaria en cada contexto.
- Diseño de circuitos, protocolos o dinámicas que favorezcan la aplicación de las prácticas a implementar, lo que implica el uso de soluciones innovadoras para promover la adopción de prácticas eficaces y, frecuentemente, el abandono de prácticas ineficaces o de bajo valor. Además, ello implica considerar aspectos relativos al equipo de salud, su experiencia, preferencias y recursos disponibles, por lo que el feedback de los profesionales es determinante.

- Evaluación de resultados clínicos asociados a la implementación, incluyendo evaluación de resultados en áreas concretas, replanteando acciones en función del análisis de estos resultados, conjugados con las posibles nuevas evidencias que hayan podido surgir en el transcurso de este proceso.
- Reporte de resultados a los profesionales, incluso a nivel local, promoviendo la reflexión y el diseño de acciones de mejora.

Pese a lo complejo del proceso, el modelo de práctica actual en nuestro país deposita la responsabilidad de la aplicación de la PCBE en cada profesional individual, lo cual implica que todas las enfermeras asistenciales deberían tener conocimientos y competencias para gestionar un extenso abanico de evidencias y diseñar formas de ponerlas en práctica. ¿Podemos exigir a cada una de las enfermeras de nuestro sistema el desarrollo de este proceso?

Este modelo «individualista» de transferencia provoca pocos avances, al ignorar la complejidad de las actividades necesarias para promover la PCBE y las barreras que las enfermeras encuentran sistemáticamente para su desarrollo.

El papel de las instituciones sanitarias y de los equipos de salud

La sobrecarga asistencial, la falta de tiempo dentro de la jornada y la falta de formación en investigación son razones frecuentemente esgrimidas por las enfermeras como barreras para la PCBE^{15,16}, inclinándolas a tomar decisiones principalmente basadas en opiniones, creencias, experiencias y costumbres. Sin embargo, los «factores individuales» o las «actitudes individuales frente a la evidencia» explican solo una parte del uso de la investigación por parte de los profesionales. El tamaño de las organizaciones, su participación en programas universitarios, las dinámicas de toma de decisiones, el apoyo administrativo o de otros profesionales y el clima para el desarrollo de la investigación explican entre el 80 y el 90% del uso de la investigación¹⁷.

Resulta improbable que las enfermeras asistenciales puedan realizar la compleja labor de incorporar evidencias a la práctica por sí mismas, y a la vez existe pocas o ninguna figura en nuestro país que pueda contribuir a esa labor de forma sostenida. Por otro lado, las competencias que actualmente se exigen a las enfermeras gestoras tampoco las posiciona en el mejor escenario para liderar la implantación, debido a la sobrecarga de tareas gestoras y organizativas.

La falta de práctica colaborativa, la visión fraccionada del paciente y la atención sanitaria, así como la falta de aplicación de la evidencia, son factores asociados a la aparición de errores y prácticas de bajo valor¹⁸.

En resumen, la necesaria contextualización de la evidencia y las múltiples acciones coordinadas que su implantación requiere suponen reformar y redimensionar las estructuras organizativas actuales, de forma que existan líderes formales y formados en el campo de la evidencia, que asuman la misión de reducir la variabilidad e impulsar acciones transformadoras en la práctica asistencial de los equipos.

Facilitación en la transferencia del conocimiento

La facilitación es uno de los elementos clave del modelo Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)¹⁹, uno de los más utilizados para estructurar y conceptualizar la implementación en salud, aunque otros modelos de transferencia o implementación contienen conceptos equiparables. Comprende un conjunto de técnicas por las que un profesional consigue hacer las cosas más fáciles a otros, promoviendo el cambio actitudinal, de hábitos, habilidades, formas de pensamiento y estilos de trabajo²⁰.

El escenario descrito anteriormente justifica la necesidad de potenciar la facilitación para la incorporación de evidencias a través de figuras cercanas a la actividad asistencial. Potenciar el trabajo en equipo y el liderazgo asistencial son factores de gran relevancia para conseguir la adherencia de los clínicos a los cambios o innovaciones. Para ello es clave la discusión interdisciplinar, describiendo el concepto de facilitación y su papel en la transferencia del conocimiento, y la capacidad de las EPA para promover PCBE, donde el apoyo de otros profesionales es crucial a la hora de que se acepten las nuevas iniciativas.

En cuanto a las características de los roles de EPA que promueven la PCBE, se encuentran las competencias propias del rol de práctica avanzada, así como el entorno de trabajo. Las EPA cuyas funciones comprenden un mayor componente clínico suelen sentirse más capaces de influir en el equipo, ya que crean oportunidades para promover la PCBE más tangibles y relevantes para el resto de las enfermeras, especialmente a través de la enseñanza informal y el modelado de roles²¹.

Roles y entornos de práctica avanzada

Históricamente, los roles de enfermeras de práctica avanzada, cuya descripción más amplia da el Consejo Internacional de Enfermeras²², han sido introducidos en sistemas de salud para dar respuesta a necesidades del sistema y de sus usuarios, siendo frecuentemente asociados a una práctica altamente especializada y compleja²³. A pesar de no haber sido diseñados específicamente para posibilitar la transferencia de evidencias, se ha observado en diferentes entornos que lo realizan de forma natural. Esto sucede porque, como sustrato elemental de la práctica avanzada, subyace una PCBE que se encuentra integrada dentro del desempeño de la práctica clínica diaria de estas enfermeras²⁴. En determinados casos la EPA tiene mayores competencias relacionadas con la investigación, la transferencia del conocimiento y la adherencia a una PCBE, en comparación con otros roles profesionales enfermeros²⁵. La EPA aparece como una respuesta profesional para la reducción de la variabilidad, el aumento de la calidad asistencial y la garantía de la seguridad clínica.

Las enfermeras de práctica avanzada han demostrado influir en la transferencia de conocimiento científico a la práctica en entornos asistenciales concretos²⁶, a través de un conjunto de prácticas que incluyen:

1. Gestión del conocimiento. Las EPA son reconocidas por parte de las enfermeras asistenciales como gestoras de

conocimiento, capaces de aplicar criterios científicos en la toma de decisiones complejas en salud. El papel de la EPA implica generar conocimiento a través de la investigación, recopilar evidencia útil y válida, sintetizarla, transferirla y traducirla al lenguaje local, diseminar el conocimiento y las prácticas clave para la mejora de resultados clínicos.

2. Agentes de unión teoría-práctica (facilitadoras).
3. Impulsoras del cambio, mediante la gestión planificada del mismo, el modelaje y la mentoría. Esto implica capacidad de resolver problemas usando resultados de investigación y capacidad de impulsar cambios estratégicos en dinámicas de trabajo.

Las EPA han de manejar multitud de estrategias para la transferencia del conocimiento que deben ser necesariamente creativas y contextualizadas²¹, como la inclusión de dinámicas de fortalecimiento del equipo, auditoría y feedback, materiales educativos o formativos, reuniones educativas, formativas o informativas, sistemas de apoyo a la toma de decisiones, entrenamiento en herramientas para la PCBE, etc.

Podemos señalar 2 factores clave que posibilitan la transferencia del conocimiento por parte de EPA: 1) la expansión de competencias más allá del abanico habitual, y 2) la orientación hacia la promoción de la profesión y sus valores holísticos, centrados en la salud y de cuidados centrados en la persona.

Los entornos en los que se ha desarrollado la EPA tienen en común: 1) demanda de cuidados de mayor complejidad, y 2) necesidad de integrar o coordinar distintos profesionales o niveles asistenciales (CNA 2005). La práctica clínica es clave para las EPA, frecuentemente orientadas a entornos de alta especialización, con frecuentes cambios en las evidencias y en el uso de la tecnología. Todo ello las convierte en profesionales con necesidad continua de actualización, evaluación y adaptación al contexto. Las EPA actúan eficazmente en este contexto como agentes promotores del cambio de forma paulatina y cotidiana²⁷. El desarrollo del rol en algunos entornos o sistemas de salud ha sido impulsado mediante estrategias y programas de formación de varios años de duración, adaptándose progresivamente a las necesidades del contexto²⁸. Es razonable pensar que un profesional formado con estas características consiga movilizar la práctica de enfermeras y otros profesionales clave para adaptarla a la evidencia, y conseguir dar respuesta a las necesidades de salud de la persona, promoviendo una visión integradora del cuidado de la salud^{28,29}.

Conclusiones

En Baleares, el Servei de Salut y la Facultat de Enfermeria proponen un rol de EPA que actúe en un rango de mayor de menor especialización, aplicando estrategias formales para el desarrollo de la PCBE con el objetivo claro de llegar a un mayor espectro de pacientes. Para ello es vital planificar las fases de implementación, así como la identificación de sus ámbitos de actuación, además de conseguir la implicación del equipo de salud³⁰.

Es un reto actual impulsar investigación sobre el efecto de la incorporación de roles de práctica avanzada en los

resultados en salud conseguidos por el equipo de salud en el que está insertada.

A pesar de que la eficacia y costo-efectividad de los roles de EPA esté fuera de toda duda, puesto que las revisiones sistemáticas sobre el tema apuntan a un claro impacto sobre resultados de salud y satisfacción de los usuarios, tanto en roles sustitutorios como en complementarios, es necesaria la unificación de criterios normativos que sostengan la viabilidad de esta figura, o correremos el riesgo de incentivar, una vez más y como casi siempre, la variabilidad entre las prácticas de las distintas organizaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

A Angélica, por proponernos el trabajo, y a todo el equipo del proyecto EPAH, personas implicadas con las que es un placer trabajar.

Bibliografía

- Keenan AM, Mutterback EE, Velthuisen KM, Pantalone ME, Gossack-Keenan KL. International Journal of Nursing Sciences Perceptions of the effectiveness of Advanced Practice Nurses on a neurosurgery unit in a Canadian Tertiary Care Centre?: A pre-and-postimplementation design. *Int J Nurs Sci*. 2018;5: 6–11.
- Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review. *Nurs Econ*. 2011;29:230–50 [quiz 251].
- Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc R Soc Med*. 1938;31:1219–36.
- McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. *N Engl J Med*. 1982;307:1310–4.
- Wennberg JE, Mulley AG, Hanley D, Timothy RP, Fowler FJ, Roos NP, et al. An assessment of prostatectomy for benign urinary tract obstruction. *JAMA*. 1988;259:3027–30.
- Perrin JE, Homer CJ, Berwick DM, Woolf AD, Freeman JL, Wennberg JE. Variations in rates of hospitalization of children in 3 urban communities. *N Engl J Med*. 1989;320:1183–7.
- Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enferm Clin*. 2010;20:114–8.
- Marión Buen J, Peiró S, Marquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica?: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:382–90.
- Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S, Disengaged: A qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res*. 2013;13: 494.
- Wennberg JE. Forty years of unwarranted variation —And still counting. *Health Policy (New York)*. 2014;114:1–2.
- Nuño Solinís R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *Rev Innov Sanit y Atención Integr*. 2009;1:1–8.
- Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*. 2001;79:429–57, <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.00214>.
- Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*. 1997;21:3–5.
- De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Vives GA, Campaner CP. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25:191–7.
- González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12: 227.
- Pericas-Beltrán J, Gonzalez-Torrente S, de Pedro-Gomez J, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2014;61:90–8.
- Dobbins M, Hanna SE, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer SL, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implement Sci*. 2009;4:1–16.
- Librero J, Ibañez-Beroiz B, Peiró S, Ridao-López M, Rodríguez-Bernal CL, Gómez-Romero FJ, et al. Trends and area variations in potentially preventable admissions for COPD in Spain (2002-2013): A significant decline and convergence between areas. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:1–10.
- Bansod v.a. Promoting action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) framework: application to the fracture fighters program [dissertation]. Toronto: Department of Health Policy, Management and Evaluation University of Toronto; 2009. 163 p.
- Stetler CB, Damschroder LJ, Helfrich CD, Hagedorn HJ. A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implement Sci*. 2011;6:99.
- Gerrish K, Nolan M, McDonnell A, Tod A, Kirshbaum M, Guillaume L. Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2012;9:30–9.
- Schober M, Affara FA. International council of nurses: Advanced nursing practice. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2006.
- Brady A-M, Redmond R, Curtis E, Fleming S, Keenan P, Malone A-M, et al. Adverse events in health care: A literature review. *J Nurs Manag*. 2009;17:155–64.
- Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consensus on competencies for advanced nursing practice in Spain. *Enferm Clin*. 2015;25:267–75.
- Mahanes D, Quatrara BD, Shaw KD. APN-led nursing rounds: An emphasis on evidence-based nursing care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29:256–60.
- Sastre-Fullana P, de Pedro-Gomez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced nursing practice?: A literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61:534–42.
- Kilpatrick K. Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nurs Inq*. 2008;15:116–26.

28. Fencl JL, Matthews C. Translating evidence into practice: How advanced practice rns can guide nurses in challenging established practice to arrive at best practice. *AORN J.* 2017;106:378–92.
29. Hutchinson M, East L, Stasa H, Jackson D. Deriving consensus on the characteristics of advanced practice nursing: Meta-summary of more than 2 decades of research. *Nurs Res.* 2014;63:116–28.
30. Moseley MJ. The role of the advanced practice registered nurse in ensuring EBP. *Nurs Clin North Am.* 2012;47:269–81.