

LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA: DEL ANÁLISIS Y SÍNTESIS CRÍTICO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EVIDENCIA*

EVIDENCE-BASED PRACTICE: MOVING FROM CRITICAL APPRAISAL & SYNTHESIS TO IMPLEMENTATION OF EVIDENCE

Ellen Fineout-Overholt**

PhD, RN, FNAP

Director, Center for the Advancement of Evidence-Based Practice

College of Nursing and Healthcare Innovation

Arizona State University

Bernadette Melnyk

PhD, RN, NPP, FNAP, FAAN

Dean, College of Nursing and Healthcare Innovation

Arizona State University

Artículo recibido el 30 de enero, 2007. Aceptado en versión corregida el 10 de mayo, 2007

RESUMEN

*La Práctica Basada en Evidencia [PBE] es un paradigma en el cual los clínicos usan una amalgamación del mejor conocimiento científico disponible, su conocimiento y las preferencias de sus pacientes y sus valores para tomar decisiones en conjunto con sus pacientes para poder alcanzar los mejores resultados. Los requisitos son bastantes. Se necesita mucha disponibilidad para crear una cultura de la organización que tiene la práctica basada en evidencia como base. Es esencial que los clínicos tengan más que destrezas en el conocimiento de la ciencia de enfermería, deben saber cómo aplicar este conocimiento a la práctica. Los primeros pasos en desarrollar una cultura de la práctica basada en evidencia es entender la definición, el esquema y todas las partes elementales del proceso. Es más, asegurarse que hay un programa de mentores y un enfoque en los resultados es parte de una cultura que asegurara el sostenimiento de la práctica basada en evidencia. Para poder facilitar este cambio hacia una cultura basada en PBE, los profesionistas en el cuidado de la salud deberán de apartarse de la evaluación crítica y de la síntesis y aproximarse a la implementación de evidencia. **Palabras clave:** Práctica basada en evidencia, resultados, cultura de la organización, cambio.*

ABSTRACT

*Evidence-based practice [EBP] is a paradigm in which clinicians use an amalgamation of the best scientific knowledge available, their expertise and their patient's preferences and values to make decisions with their patients in order to achieve the best outcomes. There is much that goes into creating an organizational culture that has EBP as its foundation. It is essential that clinicians have more than just skills in understanding the science of nursing; they must also know how to apply it into practice. Understanding the definition, the framework and all parts of the process are the first steps in building an EBP culture. In addition, ensuring that mentorship and a focus on outcomes are part of the culture will ensure sustainability of EBP. To facilitate this change to an EBP culture, healthcare providers must move from critical appraisal and synthesis to implementation of evidence. **Key words:** evidence-based practice, outcomes, organizational culture, change.*

* Traducida y publicada con permiso de Elsevier, Inc. un pasaje de Fineout-Overholt, E. & Melnyk, B. (2005). Creando una cultura de mejores prácticas. *Nurse Leader*, 3(6): 26-30.

** Correspondencia e-mail: Ellen.Fineout-Overholt@asu.edu

INTRODUCCIÓN

Saber que se puede realizar la mejor práctica utilizando la Práctica Basada en Evidencia [PBE] no se ha reflejado en la realidad en la mayoría de los ámbitos de la salud. Aunque se ha demostrado que los pacientes pueden esperar mejores resultados con la PBE (Heater, Becker & Olson, 1988). Con frecuencia los profesionales de la salud no utilizan este método para resolver problemas en la práctica. Por otra parte, antes que las enfermeras puedan utilizar la PBE, es necesario conocer lo que este concepto significa. Un estudio reciente (Pravikof et al., 2005) mostró que a las enfermeras les falta conocimiento y comprensión sobre lo que es en realidad la PBE. El Panel de expertos de enfermeras de informática de la Academia Americana de Enfermería [ANA] seleccionó aleatoriamente 1.097 Enfermeras Registradas [RN], de las cuales, la mayoría indicó que no tienen un conocimiento claro sobre lo que es la PBE; no realizan su práctica basadas en la evidencia disponible y que no tienen las habilidades necesarias para utilizar la PBE, tales como la búsqueda para la investigación y su interpretación. Estos hallazgos explican por qué toma un promedio de 17 años para que los resultados de investigación se incorporen en la práctica (Balas & Boren, 2000).

Los usuarios quieren que los cuidados que se les otorgan sean competentes y expertos, los profesionales desean dar cuidados expertos y las grandes organizaciones reguladoras y los profesionales de la salud (agencias federales y de políticas públicas) requieren la mejor práctica, con un énfasis en la adopción de la PBE como norma (Committee on Quality of Health Care in America, 2001; Greiner & Knebel, 2003). Los líderes de la salud tienen que cultivar una cultura de la PBE, darle prioridad, para que se convierta en una herramienta común. Este artículo presenta algunas recomendaciones para el desarrollo de una cultura de la práctica basada en evidencia.

Establecer el contexto

El contexto en el cual se realiza la práctica influye en el proceso y en los resultados (Kirsh, 2001). El contexto es complejo e involucra aspectos de quién, qué y cuál es el presente en las relaciones sociales, recursos disponibles, apoyo administrativo, comprensión de los empleados sobre los conceptos integrales de su labor y la cultura local del trabajo. Una parte importante de establecer un contexto de resultados de calidad es proveer oportunidades de aprendizaje para entender los aspectos de la PBE.

¿CUÁL ES LA MEJOR PRÁCTICA?

Best practice o la mejor práctica es un término que no es utilizado solo en salud. Negocios y grupos de calidad, entre otros, también utilizan el término para indicar las actividades, métodos y procesos que han logrado resultados consistentes, pero la relación entre la acción o proceso y el resultado puede que no se vea representado por la investigación (Search Software Quality, 2005). No hay acuerdo universal acerca de cuál es la mejor práctica. A veces los términos "best practice" y "lessons learned" se utilizan como si fueran sinónimos; pero las lecciones aprendidas son ejemplos de lo que no se debe hacer, y la mejor práctica es apoyada por investigaciones con buen diseño (The INFOProject, 2005). Sin investigaciones con buen diseño, las mejores prácticas no se pueden usar universalmente.

Williams y sus colegas (2004) encontraron que una cultura de la mejor práctica requiere consenso. Para que esto ocurra, los administradores tienen que estar seguros que los trabajadores de la salud saben bien cuáles prácticas han sido apoyadas por evidencia válida y confiable, y cuáles son las metas organizacionales que tienen que ver con tales prácticas. La mejor práctica administrativa es construir una cultura que sea colaborativa, basada en valores y que involucre el compartir las soluciones exitosas mostradas por la investigación (Ponte et al., 2003).

La práctica basada en evidencia: Fundamento para la mejor práctica

El proceso de la PBE provee un mecanismo para determinar qué evidencia válida disponible apoya la mejor práctica. Los cinco pasos secuenciales del proceso de la PBE necesitan ser inherentes a todos en una organización cuyo administrador desee construir y mantener una cultura de la mejor práctica. Cada uno de los pasos será brevemente descrito más abajo:

Paso 1: La pregunta: se puede buscar y responder. El primer paso en el proceso de la PBE es hacer una pregunta clínica en el formato PICOT (P = población paciente, I = intervención o área de interés, C = comparación de intervención o grupo, O = outcome (resultado), T = tiempo). Por ejemplo, durante la fase aguda de cirugía y período de rehabilitación (T) de los ancianos con un trasplante de cadera (P) es la terapia de compresión neumática por sí sola (I) o una combinación de heparina de bajo peso molecular y compresión neumática (C) más económica y efectiva en reducir la incidencia de trombosis venenosa profunda (O) que se puede encontrar hasta seis meses después de dados de alta (T). Mientras este paso puede parecer básico, fundamenta todo el proceso de la PBE y tiene que realizarse de forma completa con consideración y cautela (Finneout-Overholt, Melnyk & Schultz, 2005; Nollan, Finneout-Overholt & Stephenson, 2005, citados en Melnyk & Finneout-Overholt, 2005).

Paso 2: La búsqueda. El segundo paso involucra búsqueda en bases de datos y otras fuentes de evidencia para encontrar investigaciones que se hayan realizado y que pueden contestar la pregunta del PICOT. En salud, la mayor parte del quehacer de los profesionales clínicos es realizar intervenciones para asistir a los pacientes; entonces la mejor evidencia para contestar una pregunta sobre intervenciones sería una revisión sistemática de investigaciones randomizadas contro-

ladas. Sin embargo, si los administradores desean entender cómo se sienten las enfermeras cuando el tema se relaciona con aspectos del ambiente laboral que dificultan su trabajo, una investigación randomizada controlada no sería adecuada. Un estudio cualitativo sería la mejor opción para responder ese tipo de pregunta. La búsqueda de la evidencia requiere habilidades específicas que son desarrolladas a través de la aplicación constante (Finneout-Overholt, Nollan, Stephenson & Sollengberger, 2005, citado en Melnyk & Finneout-Overholt, 2005).

Paso 3: La evaluación crítica y la síntesis. La evaluación crítica de la evidencia encontrada en la búsqueda de la literatura es el paso tres en el proceso de la PBE. La evaluación de la evidencia reunida durante la investigación requiere comprender lo que constituye la investigación válida, es decir, los resultados del estudio ¿Son los más cercanos a la realidad? ¿Cómo interpretar las estadísticas y los hallazgos de la investigación? ¿Cuáles son los resultados? y ¿Cómo determinar si la investigación es aplicable a la población de pacientes? Los hallazgos clínicos ¿son relevantes para mis pacientes? En vez de una crítica profunda de los métodos de investigación (un acercamiento tradicional de evaluar la investigación), la evaluación crítica pone énfasis en el valor de la investigación de la práctica, ¿cuál es la diferencia que va hacer en el cuidado del paciente? El enfoque de la PBE es ir desde la evaluación de un estudio a la síntesis de múltiples estudios que están dirigidos a preguntas parecidas. En este paso las enfermeras clínicas comienzan a darse cuenta que la investigación es algo que ellas pueden realizar y usar para mejorar el cuidado y apoyar la mejor práctica.

Paso 4: La decisión de qué hacer con la evidencia. Determinar si la evidencia es aplicable o no a una población de pacientes es el paso cuatro del proceso de la PBE. Si la investigación es apli-

cable, hay que desarrollar un plan de implementación. Si la evidencia no es aplicable, puede que se requiera generar evidencia, a través de medidas internas (manejo de resultados o proyectos de mejoramiento de calidad) o medidas externas (investigación rigurosa). La experiencia de las profesionales clínicas y la preferencia de los pacientes están incorporadas al proceso de la PBE desde el principio; sin embargo, son centrales en los pasos 3, 4, y 5 (Fineout-Overholt, Melnyk & Schultz, 2005).

La interpretación de la evidencia, cómo determinar la aplicabilidad de la evidencia, y cómo establecer las preferencias de los pacientes y su influencia en el uso de la evidencia requiere habilidades y juicio clínico que vienen de la experiencia.

Paso 5: El resultado (Outcome). El paso final en el proceso de la PBE es evaluar la implementación de la evidencia en el ámbito clínico es importante aprovechar la información que ya ha sido recolectada (por ejemplo indicadores de calidad), como también, considerar las influencias presentes en la recolección de datos incluyendo preferencias del paciente, metas organizacionales, y comprensión de los conceptos de la PBE. Un aspecto clave en la evaluación de la implementación de los resultados de la PBE es identificar la colaboración existente y el trabajo interdisciplinario que nutre a las culturas organizacionales de la mejor práctica.

Promoviendo el cambio

Aceptar la incertidumbre y el cambio son aspectos clave en el ámbito de la mejor práctica. La transición de una cultura tradicional de "es la manera en que siempre se ha hecho" a una cultura que esta enfocada en la calidad del cuidado y los resultados centrados en el paciente, requiere una infraestructura que apoye una cultura de la mejor práctica. Si esa cultura no se ha establecido, el intento de comenzar el proceso de implementación de la PBE puede ser una experiencia frustrante

para los profesionales de la salud. Para alcanzar la mejor práctica, el contexto (el ambiente o los elementos/infraestructura de la organización) tiene que dar el apoyo y los recursos necesarios para el éxito. La implementación sistemática de la PBE ocurre cuando la evidencia es fuerte, el contexto es receptivo al cambio, y el proceso de cambio es facilitado por una infraestructura sostenedora (McCormack et al., 2002). Se discuten a continuación varios componentes de la infraestructura, incluyendo la aceptación del cambio y el estar cómodos con la incertidumbre.

La mejor práctica, filosofía, misión y visión

Un paso inicial en la construcción para una cultura de la mejor práctica a través de la PBE es preparar el escenario para que la PBE sea una prioridad, con una filosofía y misión escrita con estos conceptos como temas centrales. La comunicación consistente y frecuente acerca de la PBE como prioridad también es necesaria para construir un contexto en el cual el equipo de salud pueda tener éxito en la implementación de la PBE, para que los trabajadores de la salud puedan tener éxito dentro una agencia donde se implementa la PBE, los que dirigen también tienen que presentar una actitud que demuestra comodidad con el cambio y demostrar que miren a la incertidumbre como una oportunidad y no un obstáculo. La falta de comodidad con la incertidumbre puede dificultar los esfuerzos para construir una cultura de la mejor práctica. Los profesionales clínicos no saben y no pueden saber todas las mejores prácticas apoyadas por la investigación. Sin embargo, con toda la información fácilmente disponible hoy en día, es razonable pensar que pueden encontrar estas prácticas en un período de tiempo relativamente corto (Johnston & Fineout-Overholt, 2005). Por el hecho que la incertidumbre es una constante en la salud, es imperativo que la organización la acepte. Los profesionales clínicos emularán lo que los adminis-

tradores modelan con respecto a las metas y prioridades organizacionales.

Una visión compartida es esencial para el cambio hacia la implementación de la PBE (Melnyk, 2005 citado en Melnyk & Finneout-Overholt, 2005). La creación de una cultura expectante con la PBE, junto con la sensación de urgencia proveerá un estímulo para el cambio organizacional. Saber que la resistencia al cambio forma parte de la transición cultural va a prevenir el desaliento cuando el progreso sea lento. Con frecuencia, los individuos que se oponen al cambio tienen ansiedad y preocupación sobre cómo les va a afectar el cambio. Entonces es necesario cultivar un ambiente que promueva la conversación directa para aclarar los malos entendidos y calmar los miedos asociados con el cambio.

Entendiendo la investigación

Todas las enfermeras y los demás trabajadores de la salud tienen que entender los criterios necesarios para evaluar si la investigación es válida. Si su educación básica no los preparó para la PBE es imperativo dar capacitación in situ para asegurar que todos tienen las habilidades necesarias para conducir y promover la mejor práctica como cultura.

Las oportunidades de aprendizaje tanto en el trabajo como fuera de este, para que el equipo de salud desarrolle sus habilidades en la PBE, para hacer preguntas que se puedan buscar y responder, encontrar la mejor evidencia disponible, la evaluación eficiente de investigaciones y la determinación de relevancia y aplicabilidad de la evidencia es esencial para cultivar una cultura basada en la evidencia, para que los profesionales reconozcan que estas habilidades son valoradas por los administradores, también tienen que formar parte del criterio de presentación.

Tutoría

Se ha demostrado que la tutoría es un elemento esencial, contextual de la cultura de la mejor práctica (Melnyk et al.,

2004; Schultz, 2005). En una cumbre destacada se reunieron líderes nacionales en la PBE, educación, práctica y política para determinar las prioridades para el avance de la PBE en los Estados Unidos. Como respuesta a las recomendaciones de la cumbre (Melnyk, Finneout-Overholt, Stetler & Allan, 2005) fue creado un programa nacional de tutoría para preparar enfermeras para servir como líderes y tutoras en las culturas cambiantes organizacionales a través de la promoción, implementación y sustentabilidad de la PBE. Este programa de tutoría está basado conceptualmente en dos modelos de Tutoría, la Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration [ARCC] y el modelo erudito clínico (Finneout-Overholt, Melnyk & Schultz, 2005; Melnyk, Finneout-Overholt, Stone & Ackerman, 2000; Schultz, 2005).

El ámbito ideal para la tutoría incluiría varios mentores: expertos sistémicos en la PBE, tutorías de nivel medio en la PBE (tutores de la ARCC), y enfermeras clínicas (eruditas clínicas). El experto tiene el conocimiento y las habilidades para dar una tutoría sistémica en la PBE. Este es un concepto central del modelo ARCC, como también tiene el tutor de nivel medio, una enfermera de práctica avanzada con conocimientos profundos de la PBE y habilidades clínicas, quien a través de iniciativas y generación de evidencia realice tutoría en la PBE y facilite mejores resultados para el paciente y el cuidado clínico. En el uso del modelo ARCC, se ha encontrado que una enfermera tiene más posibilidades de ejercer la práctica basada en evidencias si tiene un mentor (Melnyk & Finneout-Overholt, 2002). Otro aspecto importante del modelo ARCC es sacar las barreras de la implementación de la PBE, tales como la falta de conocimiento y habilidades. El modelo de erudito clínica (Schultz, 2005) funciona en conjunto con el modelo ARCC, poniendo énfasis en mentores en puntos de servicio quienes promueven un ambiente en el cual las enfermeras están incitadas a hacer pregun-

tas. Estos mentores promueven el concepto de ser el dueño de la práctica a través de un espíritu de cuestionamiento. El modelo ARCC requiere que antes de implementar la PBE es necesario evaluar la preparación del sistema o de la unidad.

Enfoque en los resultados

Una cultura de la mejor práctica aprovecha los datos, incluyendo datos del mejoramiento de calidad, datos requeridos para la práctica de iniciativas del estado, o datos relacionados con el manejo de resultados. El propósito de la recolección de datos tiene que ser claro para los que van a recolectarlos (las enfermeras). Los datos adicionales tienen que ser conocidos por el grupo que los recolectó y tienen que ser utilizados para mejorar el cuidado en los puntos de servicio (Fineout-Overholt, Levin & Melnyk, 2005). Puede que perciban los datos como negativos; sin embargo, en una cultura de la mejor práctica, los datos son neutrales, ni bien ni mal. El enfoque en los resultados para mejorar la práctica tiene que ser un esfuerzo multidisciplinario y valorado por la dirección. Es necesario dedicar tiempo y recursos para la recolección de datos, análisis, revisión, y difusión.

Evaluación crítica de resultados

En la cultura de la mejor práctica, los profesionales clínicos tienen que evaluar de manera consistente los indicadores de éxito, los indicadores de la cultura basada en la evidencia; tales como una visión compartida de la mejor práctica, tutorías de la PBE en ambientes de salud, un equipo de trabajo enfocado en resultados, innovaciones orientadas al equipo y procesos de tomas de decisiones enfocados en el paciente; requieren resultados específicos que sean evaluados de manera regular para asegurar la sobrevivencia de la cultura. Los líderes en salud tienen que recolectar datos relacionados con estos indicadores y dar feedback a todo el equipo de trabajo. La cultura de la PBE es aquella en la cual todo el equipo de salud

se encuentra cómodo con los resultados y la manera en que se implementa el cambio indicado. Las creencias sobre la implementación de la PBE tienen que ser evaluadas de manera regular y compartir la información con los profesionales clínicos.

CONCLUSIÓN

Un ambiente que promueve la práctica basada en la evidencia tiene que incitar un espíritu de cuestionamiento. Con frecuencia este ambiente requiere que el cambio y la innovación sean aceptadas y vistas como procesos comunes. Los modelos, instrumentos de evaluación, y el apoyo empírico pueden ayudar a los administradores y profesionales clínicos a transformar la PBE en un proceso diario en su ambiente. Los administradores pueden ser claves en liderar y cultivar la cultura de la mejor práctica a través de demostrarlo en la visión de la organización, establecer tutores de la PBE, asegurar que los trabajadores estén bien preparados en la PBE y promover iniciativas encaminadas a un buen uso de la información con el equipo y enfocados en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balas, EA. & Boren, S.A. (2000). Managing clinical knowledge for healthcare improvements. En V. Schattauer (Ed.), *Yearbook of medical informatics* (pp. 65-70). Stuttgart, Germany: Schattauer Publishing.
- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fineout-Overholt, E., Levin, R. & Melnyk, B. (2005). Strategies for advancing evidence-based practice in clinical settings. *Journal of the New York State Nurses' Association*, 35(2), 28-33.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based

- sed practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.
- Greiner, A. & Knebel, E. (2003). *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC: National Academy Press.
- Heater, B., Becker, A. & Olson, R. (1988). Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nursing Research*, 37(5), 303-307.
- Johnston, L. & Fineout-Overholt, E. (2005). Teaching EBP: getting from zero to one. Moving from recognizing and admitting uncertainties to asking searchable, answerable questions. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 2(2), 98-102.
- Kirsh, D. (2001). The context of work. *Human Computer Interaction*, 16(2), 305-322.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of context. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 94-104.
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., Stone, P. & Ackerman, M. (2000). Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatric Nursing*, 26, 77-80.
- Melnik, B. & Fineout-Overholt, E. (2002). Putting research into practice. *Reflections on Nursing Leadership*, 28(2), 22-25.
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N., Li, H.S., Small, L. & Wilcox, L. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 1(3), 185-193.
- Melnik, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., Stetler, C. & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. evidence-based leadership summit. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(3), 113-121.
- Ponte, P., Branowicki, P., Somerville, J., Anderson, D., Erickson, J., Kruger, N., et al. (2003). Collaboration among nurse executives in complex environments: fostering administrative best practice. *Journal of Nursing Administration*, 33(11), 596-602.
- Pravikoff, D.S., Pierce, S.T., Tanner, A., Bakken, S., Feetham, S.L. & Foster, R.L. (2005). Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. American Academy of Nursing Publication Advisory Committee. *Nursing Outlook*, 53, 49-50.
- Schultz, A. (2005). Clinical scholars at the bedside: an EBP mentorship model for today. *Journal Excellence in Nursing Knowledge*, 2(3). Recuperado el 7 de Agosto, 2006 de <http://www.nursingknowledge.org>
- Search Software Quality. (2005). *Best practice definitions*. Recuperado el 7 de Agosto, 2005 de http://searchvb.techtarget.com/sDefinition/0,,sid8_gci498678,00.html
- The INFO Project. (2005). *What is a best practice?*. Recuperado el 7 de Agosto, 2005 de <http://www.infoforhealth.org/practices.shtml>
- Williams, J., Cheung, W., Price, D., Tansey, R., Russell, I., Duane, P., et al. (2004). Clinical guidelines online: do they improve compliance?. *Postgraduate Medical Journal*, 80, 415-419.