



**JOSEP M<sup>a</sup> GARCIA ALAMINO**

DPhil in Evidence-Based Health Care.  
University of Oxford. Oxford. UK.

✉ josepmariagarciaa@gmail.com

**RAMÓN ESCURIET PEIRÓ**

PhD Biomedicina. Director del Programa de formación teórica de matronas. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

**NÚRIA FABRELLAS PADRES**

Profesora titular. Escola d'Infermeria Campus Clínic. Facultat de medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona. Barcelona.

**JULIO FERNÁNDEZ GARRIDO**

Conselleria Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Valencia

**MIQUEL SANZ MONCUSÍ**

UCI/Intermedios IMDiM. Hospital Clínic Barcelona. Profesor asociado UB. Director del Master Enfermo Crítico i Emergencias UB. Universitat de Barcelona. Barcelona.

**LORENA BINFA ESBIR**

Profesora titular. PhD. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién nacido. Escuela de obstetricia. Universidad de Chile. Chile.

**EVA ROMAN ABAL**

Profesora titular. Escola d'Infermeria EUI-Sant Pau. Centro adscrito Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

**MIGUEL ÁNGEL DÍAZ HERRERA**

MSc. Coordinador heridas crónicas de atención primaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. Barcelona.

**JUAN MANUEL FERNÁNDEZ SARMIENTO**

Profesor del Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.

**MARÍA LOPEZ SALUDES**

Estudiante de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

**PILAR GONZÁLEZ GÁLVEZ**

Directora del Grado de Enfermería. Facultat de Ciències de la Salut. Blanquerna-Universitat Ramon Llull. Barcelona.

**OLGA CANET VÉLEZ**

Profesora titular. Facultat de Ciències de la Salut. Blanquerna-Universitat Ramon Llull. Barcelona.

**MANUEL LÓPEZ CANO**

Profesor titular de cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.



MANUSCRITO



Fecha recepción: 28/09/2020



Fecha aceptación: 09/10/2020

# Manifiesto Florence para unos mejores cuidados basados en la evidencia

## Florence Manifesto for better evidence-based care

### Resumen

Puede afirmarse que las enfermeras no siempre han utilizado una sistemática juiciosa, consciente y explícita para aplicar los cuidados o tomar decisiones clínicas, basadas en el conocimiento científico más fiable y actualizado. Considerando el momento actual de la campaña Nursing Now, el presente documento pretende reflexionar sobre los motivos por los que la EBE no es un elemento sustancial del diseño de los planes de cuidados enfermeros. Del mismo modo, sugiere recomendaciones al respecto de cómo mejorar e implementar su uso sistemático en la práctica asistencial.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA; CUIDADOS DE ENFERMERÍA; NURSING NOW; RIGHT CARE.

### Summary

It can be said that nurses have not always used a judicious, conscious and explicit system to apply care or make clinical decisions, based on the most reliable and up-to-date scientific knowledge. Considering the current moment of the Nursing Now campaign, this document intends to reflect on the reasons why EBE is not a substantial element of the design of nursing care plans. Similarly, it suggests recommendations on how to improve and implement its systematic use in healthcare practice.

**KEYWORDS:** EVIDENCE-BASED NURSING; NURSING CARE, NURSING NOW; RIGHT CARE.

Josep M<sup>a</sup> Garcia-Alamino y Ramón Escuriat-Peiró han contribuido de manera igual al presente trabajo. Ambos autores, también, son miembros del Grupo de Investigación Salud Global, Género y Sociedad (GHenderS).



### Qué se conoce

- Se reconoce que la EBE es importante en la aplicación de los cuidados y desarrollo de la enfermería.
- Se desconoce el porcentaje de las intervenciones de enfermería que están basados en la evidencia.

### Qué aporta

- El presente artículo pone de relieve los elementos que deberían desarrollarse para una expansión de los cuidados basados en la mejor evidencia disponible.
- Hace reflexiones a diferentes niveles sobre la confianza que podemos tener en la evidencia y las razones principales de por qué no se implementa.
- Se resalta la oportunidad actual a partir de la iniciativa Nursing now y se establecen unos objetivos y un plan de acción.

## Introducción

Los humanos no tenemos por norma creer en los datos, nos seducen mucho más las historias o la historia de un caso único y especial como fuente de información. La naturaleza humana es proclive a las creencias, sus sistemas cerebral y neurológico constituyen una máquina generadora de creencias, que evolucionó no para asegurar la lógica, la razón o la verdad, sino para sobrevivir<sup>1</sup> y la frecuencia de pensamientos mágicos aumenta bajo condiciones de estrés, incertidumbre y temor a lo desconocido<sup>2</sup>. Se le atribuye a Florence Nightingale una frase pronunciada en 1870 que decía: "El mundo tardará 150 años en ver el tipo de enfermería que imagino", resulta que ese momento está a punto de llegar, justo el año 2020. Florence Nightingale fue pionera en utilizar algunas he-

rramientas estadísticas disponibles para contabilizar y evaluar el resultado y las medidas que se aplicaban sobre los cuidados a los heridos de guerra<sup>3</sup>. Esta famosa profesional, se sentiría orgullosa de ver cómo ha avanzado la enfermería, pero seguro que también sería crítica con algunos elementos, como la todavía falta de aplicación de la evidencia de calidad a los cuidados que tenemos a día de hoy, cuando hace ahora casi 25 años que aparecieron las primeras publicaciones que incorporaban un concepto revolucionario denominado «enfermería basada en la evidencia» (*evidence-based nursing* en inglés)<sup>4</sup>. Se establecía un marco referencial para la resolución de problemas clínicos, acercando los datos de la investigación clínica a la práctica asistencial. En sus inicios, la enfermería basada en la evidencia (EBE) parecía

una opción racional para trasladar los datos de la investigación a la práctica asistencial. Hasta ese momento, la aplicación de los cuidados de enfermería se basaba principalmente en la fisiopatología y el razonamiento clínico como elementos determinantes del quehacer asistencial. Puede afirmarse que las enfermeras no siempre han utilizado una sistemática juiciosa, consciente y explícita para aplicar los cuidados o tomar decisiones clínicas, basadas en el conocimiento científico más fiable y actualizado, procedente de los ensayos clínicos y metaanálisis, sobre cada paciente o población. Este hecho, también se observaba en la medicina. A partir de la aparición del concepto de la evidencia científica, también se empezó a promover la toma de decisiones informadas como un modelo de actuación para todos los

profesionales y para promover la toma conjunta de decisiones con los pacientes.

Después de todos estos años, ¿por qué la EBE no está presente de manera significativa en los cuidados? El presente documento, inspirado en un artículo publicado en la revista *British Medical Journal* en el año 2017, titulado: "Evidence based medicine manifesto for better healthcare"<sup>5</sup>, pretende reflexionar sobre los motivos por los que la EBE no es un elemento sustancial del diseño de los planes de cuidados enfermeros. Del mismo modo, sugiere recomendaciones al respecto de cómo mejorar e implementar su uso sistemático en la práctica asistencial.

### ¿Podemos creer en la evidencia disponible?

La literatura científica es la fuente principal de la que tomar la evidencia para la práctica diaria. Podemos enumerar algunos factores que no contribuyen a la credibilidad de toda la literatura científica que tenemos disponible: hay demasiada investigación pobremente diseñada o ejecutada<sup>6</sup>; se han documentado sesgos en numerosos ensayos clínicos publicados; hay medidas de resultado incluidas en los ensayos clínicos que no son de interés para los pacientes; se publican revisiones sistemáticas con metaanálisis que no tienen suficiente potencia estadística o sobreestiman el efecto de la intervención<sup>7</sup>. Todo esto lleva a pensar que se están utilizando de manera rutinaria dispositivos médicos e intervenciones de enfermería, que se podrían clasificar, en múltiples ocasiones, como complejas<sup>8</sup>, para las que no existe suficiente evidencia sobre su beneficio<sup>9</sup>.

Además, probablemente existe una brecha entre la necesidad de atención percibida por las personas, la demanda de atención requerida por ellas y los servicios y las soluciones que ofrece el sistema de salud.

### ¿Por qué no se implementa la evidencia disponible?

Este es el momento de la historia de la enfermería en el que se dispone de más evidencia sobre los cuidados e internet facilita el acceso, continuo y creciente, a un gran volumen de información procedente de la investigación. Sin embargo, ¿por qué existe un *gap* entre la evidencia y su implementación? Se ha estimado que menos del 15 % de los tratamientos médicos tienen un fundamento científico, según mencionaba Richard Smith en su memorable editorial "Where is the wisdom..."<sup>10</sup> y a pesar de la mayor concienciación de estos últimos decenios, la práctica tradicional sigue siendo prevalente<sup>11</sup>. Existen múltiples barreras para la aplicación de la evidencia de calidad en la práctica clínica entre las que destacan: la falta de conocimiento sobre cómo interpretar y evaluar la evidencia, la resistencia al cambio ("si siempre lo hemos hecho así"...), la dificultad para desterrar aquellos cuidados que no se han demostrado eficaces (dejar de hacer), la falta de inversión económica para adecuar los recursos al nuevo conocimiento, la falta de apoyo y el escaso compromiso institucional<sup>12</sup>. Aunque también existen algunas iniciativas relevantes en nuestro país como el Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC-BPSO®) que impulsan la implementación de la EBE, todavía se observa una implementación

selectiva de la evidencia. Ni todo el conocimiento generado a partir de la evidencia tiene el mismo impacto en el sistema de salud ni todas las prácticas con evidencia de alta calidad se incorporan al ámbito clínico. Por mencionar algún ejemplo, podemos observar que a pesar de la solidez metodológica de los estudios de la Dra. Linda Aiken sobre la relación entre dotación enfermera y mortalidad, publicados hace cerca de 20 años<sup>13</sup>, en los centros asistenciales siguen sin ajustarse apropiadamente las plantillas de enfermería. Otro ejemplo, sería el caso de los cuidados de las lesiones venosas de las extremidades inferiores, sobre las que hay un cuerpo de conocimiento sólido y una amplia evidencia que ha sido publicada en revisiones sistemáticas de calidad donde se recomienda el uso de terapia compresiva<sup>14</sup>. Sin embargo, después de varios años siguen sin incorporarse de manera sistemática todas estas evidencias a la práctica asistencial. Junto a esos ejemplos, la falta de inversión en recursos e infraestructuras para aplicar la evidencia existente y para mejorar la asistencia al parto de mujeres sanas en entornos no tecnificados, es otra evidencia no aplicada que deviene en una, sin duda, peor praxis de la que potencialmente podría realizarse.

### Cuidados de enfermería revocados

El concepto de prácticas clínicas de poco valor, que también podría aplicarse a los cuidados de enfermería, se puede interpretar como aquellas prácticas o cuidados que no aportan beneficio e incluso pueden causar daño a quien los recibe.

En algunos ámbitos de enfermería probablemente se siguen utilizando prácticas de poco valor. Un reciente estudio realizado en nuestro entorno, detectó una praxis de bajo valor principalmente en la asistencia, en el cuidado del embarazo y en el cuidado de heridas<sup>15</sup>. En la actualidad, siguen siendo prevalentes numerosas prácticas obstétricas sin

En sus inicios, la enfermería basada en la evidencia (EBE) parecía una **opción racional** para trasladar los datos de la **investigación** a la práctica asistencial



ninguna evidencia científica que las sustente<sup>16</sup>. El hecho de que se mantengan estas prácticas, podría estar explicado porque existen escasas iniciativas para retirar este tipo de cuidados inefectivos e ineficientes, lo que se ha denominado "Dejar de hacer".

### Resultados de interés para los pacientes

En una sociedad como la actual, donde la salud es un derecho y los servicios de salud deben centrarse en las personas, las enfermeras deben conocer qué necesidades tienen las personas, en definitiva, qué les importa a los pacientes y cómo perciben ellos su estado de salud o su mejora a partir de los cuidados que reciben. Identificar esa percepción, saber qué es un beneficio clínicamente significativo y cómo lo percibe y valora el paciente<sup>17</sup> resulta crucial para planificar los estudios de investigación y establecer los objetivos de cuidado. En este sentido, los *Patient-reported outcome measures* (PROMs) o medidas de resultado de interés para el paciente, resultan de mucha uti-

lidad y la iniciativa *Core Outcome Measures in Effectiveness Trials* (COMET) puede ser un instrumento útil para estimular y homogeneizar su uso. Esta iniciativa desarrolla un conjunto de medidas de resultado estandarizadas relacionadas con patologías<sup>18</sup>, que podrían incluirse en todos los estudios que abordan una misma patología, lo que también facilitarían la comparación de los resultados entre estudios.

### Cuidados basados en el valor

Tradicionalmente, la medición de los cuidados proporcionados se ha evaluado más frecuentemente a partir del cómputo de la actividad y resultados de proceso (pacientes atendidos, número de pruebas de *screening* realizadas, número de visitas de educación para la salud, número de intervenciones o procedimientos realizados, etc.) que del análisis de los resultados en salud. Hoy se sabe que para proporcionar cuidados basados en valor se debe orientar nuestra acción hacia los resultados en salud (efectividad de las pruebas de *screening*, número de heridas cicatrizadas, cambio de

hábitos conseguidos en los pacientes, eficiencia de la organización de los cuidados, etc) y que estos cuidados deben estar basados en un juicio adecuado sobre la asignación y el uso eficiente de los recursos. En determinadas situaciones se justifica la no inversión en cuidados con el coste-efectividad. Por ejemplo, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido, en cada ocasión que realiza una recomendación sobre una intervención hace una valoración y recomendación sobre la dotación de recursos económicos con los que el sistema de salud debe contar para su implementación. El sistema de salud debería comprometerse a financiar aquellas intervenciones que han demostrado una sólida evidencia y financiarlas para facilitar su incorporación en los servicios de

---

La literatura científica es la **fuentes principal** de la que tomar la evidencia para la **práctica diaria**



salud, aunque sea de forma progresiva. Además de promover la necesidad de evaluar la implementación de las intervenciones incorporadas, en la cultura de todas las organizaciones de servicios de salud. En este sentido, el movimiento *Right Care*, conocido como "una atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos adversos, teniendo en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y sus creencias, y que además tiene su base en la mejor evidencia disponible y en los estudios coste-efectividad"<sup>19</sup> puede ser un referente para proporcionar cuidados de elevado valor.

#### **Posibles oportunidades**

En 2020, se celebra el Año Internacional de las Enfermeras y las Matronas, como punto culminante de la campaña mundial *Nursing now*, propuesta por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *Burdett Trust for Nursing* de Reino Unido. Esta campaña tiene como objetivo influenciar a los gobiernos, políticos y gestores para mejorar la financiación de la enfer-

mería con la finalidad de que esta pueda desarrollarse completamente e implementarse en su máximo potencial, y en consecuencia, mejorar los resultados en salud de toda la población. La campaña se estructura en cinco objetivos, y dos de ellos son de máxima relevancia para incorporar cuidados basados en la evidencia y mejorar la práctica enfermera. Los objetivos dos y cinco, en concreto, se enuncian respectivamente de la siguiente forma: "mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería" y "más evidencias para los responsables políticos y de toma de las decisiones".

Esta campaña internacional, que también ha tenido múltiples adhesiones en España, representa una oportunidad para mejorar la situación actual en la producción e implementación de la evidencia en los cuidados de enfermería<sup>20</sup>. El presente manifiesto sigue un modelo *bottom-up*, es decir desde la enfermería de base hacia arriba. Intenta sumar el máximo de actores entre los que se incluyen enfermeras, alumnado de enfermería,

enfermeras especializadas (matronas, enfermeras comunitarias, etc.), médicos y responsables de la gestión, entre otros. En definitiva, un conjunto de profesionales de múltiples ámbitos asistenciales del ámbito de la atención primaria, hospitalaria, docente, investigador y de la gestión, tanto del sector público como del privado que consideran una prioridad todo lo expuesto en el presente manifiesto.

#### **Objetivos a desarrollar**

Con el fin de que este manifiesto ayude a cambiar la situación actual proponemos la fijación de unos objetivos factibles, medibles y revisables en el tiempo. Los objetivos propuestos son los siguientes:

- Conseguir que un porcentaje mayor de los cuidados de enfermería estén basados en la mejor evidencia científica disponible.
- Explicitar en los protocolos asistenciales de cuidados el nivel de evidencia y grado de recomendación de cada una de las intervenciones realizadas por las enfermeras.
- Aumentar el número de enfermeras, matronas y otras enfermeras

especialistas con habilidades de lectura crítica.

- Incluir en los planes de estudio del Grado de Enfermería, competencias sobre práctica sanitaria basada en la evidencia de forma transversal a lo largo de toda la formación.

### Plan de acciones a realizar

Establecer un plan de acción en un período de tiempo de entre tres y cinco años con la finalidad de alcanzar los objetivos en el presente manifiesto.

### Manifiesto de la EBE

1. Reclamar el uso de la evidencia en la práctica asistencial.

2. Garantizar que los cuidados enfermeros están basados en la mejor evidencia disponible.

3. Disponer de evidencia de calidad para la incorporación o continuación del uso de los dispositivos médicos (*medical devices*) y tecnología sanitaria de uso habitual.

4. Expandir el rol de las personas usuarias, profesionales de la enfermería, directivos e investigadores.

5. Incrementar el uso sistemático de la evidencia existente.

6. Desarrollar guías de práctica clínica basadas en la evidencia, elaboradas con metodología rigurosa y orientadas a las necesidades reales de salud.

7. Hacer uso de la evidencia del mundo real (*real world evidence*) que haya sido desarrollada mediante estudios con metodología apropiada.

8. Seguir formando a todos los actores sobre la práctica de los cuidados basada en la evidencia para tomar decisiones informadas.

9. Incrementar la formación en investigación y práctica basada en la evidencia durante la formación de grado. ▴

### Agradecimientos

Queremos agradecer a José M<sup>a</sup> Rumbo-Prieto sus valiosos comentarios al presente artículo.

## Bibliografía

1. Alcock JE. The belief engine. *Skeptical Inquirer* 1995.
2. Keinam G: The Effects of Stress and Desire for Control on Superstitious Behavior. *PSPB* 2002; 28(1): 102-108.
3. McDonald L. (2010). Florence Nightingale a Hundred Years on: who she was and what she was not. *Women's history review*, 19(5), 721-740. doi:10.1080/09612025.2010.509934 PMID 21344737.
4. Griffith H M, DiGuseppi, C. (1994). Guidelines for clinical preventive services. Essential for nurse practitioners in practice, education, and research. *The Nurse practitioner*, 19(9). PMID 7816369.
5. Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B, Godlee F, Macdonald H, Jarvies D. Evidence based medicine manifesto for better healthcare. *BMJ*. 2017 Jun 20;357:j2973. doi: 10.1136/bmj.j2973. PMID: 28634227.
6. Siontis K C, Ioannidis J. (2018). Replication, Duplication, and Waste in a Quarter Million Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Circulation*. Cardiovascular quality and outcomes, 11(12), e005212. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005212 PMID 30562075.
7. Garcia-Alamino J M, Bankhead C, Heneghan C, Pidduck N, Perera R. (2017). Impact of heterogeneity and effect size on the estimation of the optimal information size: analysis of recently published meta-analyses. *BMJ open*, 7(11), e015888. doi:10.1136/bmjopen-2017-015888 PMID 29122784.
8. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, Yardley L, Hodinott P. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*. 2019 Aug 15;9(8):e029954. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029954.
9. Blüher M, Saunders S J, Mittard V, Torrejon Torres R, Davis J A, Saunders R. (2019). Critical Review of European Health-Economic Guidelines for the Health Technology Assessment of Medical Devices. *Frontiers in medicine*, 6, 278. doi:10.3389/fmed.2019.00278 PMID 31850356.
10. Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence. *BMJ* 1991; 303(5): 798-799.
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L, Declercq E. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; 384(9948):1129-45. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
12. Squires J E, Aloisio L D, Grimshaw J M, Bashir K, Dorrance K, Coughlin M, Graham I D. (2019). Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: a multi-study analysis. *Implementation science* : IS, 14(1), 52. doi:10.1186/s13012-019-0900-8 PMID 31113449.
13. Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M, Sochalski J, Silber J H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987 PMID 12387650.
14. Nelson E A, Bell-Syer S E. (2012). Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8). CD002303. doi:10.1002/14651858.CD002303.pub2 PMID 22895929.
15. Osorio D, Zuriguel-Pérez E, Romea-Lecumberri S, Tiñena-Amorós M, Martínez-Muñoz M, Barba-Flores Á. (2019). Selecting and quantifying low-value nursing care in clinical practice: A questionnaire survey. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 4053-4061. doi:10.1111/jocn.14989 PMID 31287603.
16. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhason-Bello I, Castro CP, Pileggi VN, Robinson N, Skaer M, Souza JP, Vogel JP, Althabe F. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016; 388(10056):2176-2192.
17. Weinfurt KP. Clarifying the Meaning of Clinically Meaningful Benefit in Clinical Research: Noticeable Change vs Valuable Change. *JAMA*. 2019 Dec 2. doi:10.1001/jama.2019.18496.
18. Gargon E, Williamson P R, Altman D G, Blazeby J M, Tunis S, Clarke M. (2017). The COMET Initiative database: progress and activities update (2015). *Trials*, 18(1), 54. doi:10.1186/s13063-017-1788-8 PMID 28159003.
19. Kleinert S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. *Lancet*. 2017; 390(10090):101-102. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)32588-0.
20. Zabalegui A. (2019). From Triple Impact to Nursing Now. *Del Triple Impacto a Nursing Now. Enfermería clínica*, 29(3), 143-145. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.001 PMID 31122554.