

En colaboración con *Journal on Wound Care*

Iniciamos en este número una colaboración estable con la prestigiosa revista *Journal of Wound Care* (www.iotimalof-woundcare.com). Mediante la traducción de una selección de artículos, queremos hacer llegar a los lectores de Gerokomos, en su sección Helcos, trabajos publicados por profesionales de otros países que pueden ser de interés y aplicables a la práctica del cuidado de heridas en nuestro país.

En esta primera entrega hemos elegido dos temas de especial interés y que están suscitando un importante debate en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido de cara a una moderna y actualizada atención de salud que responda tanto a los intereses de los ciudadanos, como a la evolución de la atención de salud, basada en la filosofía de la toma de decisiones clínicas, o lo que es lo mismo, un proceso de toma de decisiones en el que las organizaciones sanitarias tienden a buscar la excelencia, facilitando que los profesionales puedan acceder a recursos que les permitan proporcionar una atención de alta calidad basada en las mejores evidencias disponibles.

En esta primera colaboración incluimos dos temas de especial relevancia para una nueva dimensión del cuidado de las heridas, que sin duda nos ayudarán en nuestro país a suscitar el debate:

La práctica basada en la evidencia y su concreción práctica para los profesionales del cuidado de las heridas.

Y los elementos claves en la obtención del consentimiento informado en el cuidado de heridas.

Esperamos que esta nueva iniciativa nos aporte elementos útiles, y les invitamos desde esta tribuna a participar mediante cartas al director, con artículos sobre el tema o mediante la discusión en nuestra lista de noticias úlceras-GNEAUPP (www.gneaupp.org).

J. Javier Soldevilla Agreda

Director de Gerokomos y Director del GNEAUPP

Joan-Enric Torra i Bou

Miembro del Editorial Advisory Board del Journal of Wound Care y Subdirector del GNEAUPP

Deborah Glover

Directora de Journal of Wound Care

La práctica basada en la evidencia

Evidence-based practice

R. Baxter*

*MBBS, GP Registrar, St Neots, U.K.

H. Baxter**

**MSc, BSc (Hons), RN, Education and Practice Project Officer,

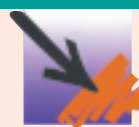
Hinchingbrooke Hospital, Huntingdon, U.K.

E-mail: robin@baxte.demon.co.uk

RESUMEN

Los profesionales tienen una responsabilidad de asegurarse de que su trabajo está basado en una evidencia clínica notable y de que el cuidado que se imparte es de alta calidad. ¿Cuáles son los mejores métodos para lograr esto en la realidad del SNS (Sistema Nacional de la Salud) moderno?

La dirección de la clínica y una práctica basada en la evidencia está en el corazón del nuevo SNS (1), pero ¿cómo se relacionan con el cuidado de las heridas? A los profesionales se les exige dar un cuidado basado en la evidencia y rentable. Sin embargo,



106 PALABRAS CLAVE

Responsabilidad, CMS, eficacia clínica, dirección clínica, aprendizaje empírico, INEC, investigación.

SUMMARY

Practitioners have a responsibility to ensure their practice is based on sound clinical evidence and that the care delivered is of a high quality. What are the best ways of achieving this in the reality of the modern NHS?

KEY WORDS

Accountability, CHI, clinical effectiveness, clinical governance, experiential learning, NICE, research.

hay problemas a la hora de acceder y de interpretar las evidencias en el vendaje de las heridas y en su aplicación en la práctica clínica. Este artículo describe cómo se pueden superar estos problemas.

ORÍGENES

Los términos introducidos en el SNS durante los últimos 20 años —el mercado interno, racionamiento explícito, el cierre de salas— han sido acompañados recientemente por unos nuevos: el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (INEC), la Delegación para la Mejora de la Salud (DMS), eficacia clínica, manejo en la clínica y la práctica basada en la evidencia. Mientras ha evolucionado un lenguaje completamente nuevo para estar acorde con estos términos, sus significados básicos suelen ser borrosos tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes que sufren sus efectos. ¿Qué sig-

nifican entonces y cómo pueden afectar a nuestro trabajo diario?

Los nuevos términos se empezaron a aplicar en los años 90 cuando la medicina basada en la evidencia se hizo eco y comenzó la época de exámenes sistemáticos y meta-análisis. La inquietud acerca de las variaciones en la práctica —con frecuencia llevada por anécdotas, experiencias personales y, en algunos casos, los descubrimientos de pruebas aleatorias controladas— condujo al empleo más amplio de métodos de investigación estadística, que unieron y resumieron los descubrimientos de los pequeños estudios y de hecho menos significativos. Los resultados reafirmaron a veces las opiniones tradicionales o sacaron evidencias para efectos que no tuvieron significación estadística en pruebas más pequeñas. Adicionalmente, surgió un acceso a la lectura y análisis crítico de las evidencias disponibles más estructuradas. Esto llevó a un entendimiento

51
cada vez más profundo de los problemas ocultos al analizar los resultados y su aplicación en la práctica.

EL MANEJO EN LA CLÍNICA

El concepto del manejo en la clínica se ha extendido rápidamente desde el momento en el que el gobierno laborista recién elegido publicó sus proposiciones para mejorar el SNS (2). El manejo en la clínica abarca tratamiento, comunicación, resolución de quejas y el entorno donde se da el cuidado de la salud. Requiere de organizaciones para proporcionar un ambiente donde se fomente la excelencia, permitiendo a los profesionales acceder a los recursos que les habilitarán para trabajar con alta calidad, en un modo basado en la evidencia (3). Como el manejo en la clínica es integral al cuidado del paciente, también cubre la representación del mismo (4).

Todos los profesionales de la salud tienen una responsabilidad reglamentaria de asegurarse de que su práctica está basada en los principios del manejo en la clínica; esto no es sólo responsabilidad del manejo de la clínica dado en un departamento (5), aunque la última responsabilidad recaiga en el jefe ejecutivo (6).

El manejo de la clínica abarca el aprendizaje basado en la experiencia, buena o mala. No sólo anima a los profesionales a utilizar la evidencia disponible que sea mejor para determinar la práctica, sino también a aprender de los acontecimientos dentro de la práctica individual, la organización como un todo y el SNS (1) más amplio. Sin embargo esto requie-

re más apertura dentro del SNS (7). Los sucesos clínicos adversos juegan un papel vital en el aprendizaje experimental –que es parte del manejo de riesgo– y por eso deben ser comunicados de tal manera que no condene a los implicados. Este concepto de denunciar abiertamente y sin culpar de los “incidentes críticos” llegó al SNS desde la industria de la aviación, donde funcionó durante años.

Se espera que los profesionales demuestren objetivamente que su práctica está basada en el manejo de la clínica. Esto puede tomar la forma de un plan de desarrollo personal, documentando cursos y lecturas apropiadas. En el caso de los médicos, podría formar una parte fundamental de su reválida y aptitud para practicar.

En un nivel de organización, la DMS dirige un programa continuado de visitas a hospitales, prácticas generales, y otras organizaciones del SNS. Esto revisa su práctica y valora si el manejo de la clínica basado en evidencia es demostrable dentro de la organización. La DMS tiene el poder de hacer recomendaciones si los problemas están identificados y asegurarse de que se hacen las mejoras.

LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Aunque es relativamente una nueva palabra que circula, el concepto de la práctica basada en la evidencia es antiguo. Florence Nightingale utilizó estadísticas de índice de mortalidad en la guerra de Crimea para mostrar que por cada soldado que moría por sus heridas, otros siete

Tabla 1. Fortaleza de la evidencia (22)
Pruebas aleatorias controladas.
Otros estudios experimentales o de observación.
Más evidencias en las que las llamadas de atención recaen en la opinión de expertos y están respaldadas por autoridades respetadas.

morían por enfermedad, con el fin de presionar para mejorar la sanidad e higiene en hospitales. Nightingale siguió su trabajo sobre enfermedad y mortalidad maternal como un intento de influenciar la política social. Dijo: “No queremos una gran ley aritmética. Queremos saber qué estamos haciendo en cosas que deben ser probadas por resultados” (8).

La práctica basada en la evidencia sostiene la eficacia en la clínica con la idea de reducir el tiempo perdido en tratamientos inapropiados, evitar variaciones entre servicios, incrementar la consistencia del cuidado y dar un mejor valor de su dinero (9).

El término “la práctica basada en evidencia” no es necesariamente el sinónimo de la práctica basada en la investigación, aunque los resultados de investigación juegan un papel significativo. Se consideran también:

- . Directivos políticos.
- . La teoría que no está basada en la investigación.
- . Opinión del experto.
- . Experiencia personal y profesional (9).

La práctica basada en la evidencia expresa un enfoque del cuidado positivo y ajustado al paciente. Eraut (10) argumentó que los profesionales de la salud deberían valorar el conocimiento adquirido por la experiencia y transmitirla a colegas con menos

experiencia, aportando una explicación de lo que están haciendo y por qué (11). Muir Gray (12) definió la práctica basada en la evidencia “como un acercamiento a tomar decisiones en las cuales el clínico utiliza la mejor evidencia disponible, en consulta con el paciente, para decidir la opción que mejor se ajuste al mismo”.

ABORDANDO LA EVIDENCIA

El cuidado de la herida y la prevención de úlceras por presión son temas amplios, multi-factoriales y a menudo complejos de abarcar. Deberían ser fragmentados en cuestiones manejables o en temas que permitan una búsqueda eficaz de la evidencia. Los ejemplos podrían incluir el uso de agentes de desbridamiento en el pie diabético o la compresión en las úlceras venosas de la pierna.

Los datos de la investigación (Tabla 1) juegan una función clave, pero no abarcan todo, porque los estudios de investigación solos no pueden reflejar la entidad de la práctica clínica. La investigación del cuidado de las heridas está a menudo cargada de problemas. Los estudios del laboratorio pueden controlar variables vistas en pacientes reales, como por ejemplo el estado de nutrición, social y psicológico, y patológicas concurrentes, pero a menudo son criticados por no ser una representa-

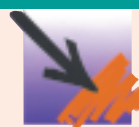


Tabla 2. Fuentes de evidencia que pueden ser usadas para cambiar la práctica (9)

Evidencia desde la investigación.
Evidencia basada en la experiencia (general y personal).
Evidencia basada en la teoría (no basada en la investigación).
Evidencia desde clientes/pacientes o cuidadores.
Evidencia desde profesionales expertos/modelos ejemplares.
Evidencia basada en directivos políticos.

ción verdadera de la práctica clínica (13). A la inversa, la investigación en pacientes reales no siempre puede controlar tales variables, y a menudo es difícil obtener una muestra suficientemente grande para producir un resultado importante y significativo. LeMay (9) sugiere que como el cuidado de la salud es tan diverso en su complejidad y técnica, la evidencia tendría que ser recogida desde varias fuentes (Tabla 2).

COCHRANE y INEC

Según McClarey (14), los profesionales de la salud necesitan aproximadamente 19 artículos diarios para estar al día. Afortunadamente, en Inglaterra y Gales la colaboración de Cochrane se encarga de estudios sistemáticos de temas claves. Estos repasan todos los datos de investigación disponibles, los organizan, critican las metodologías y hacen recomendaciones para futuras investigaciones. En el cuidado de las heridas, los estudios sistemáticos dirigidos por Cochrane incluyen:

Compresión de las úlceras venosas de la pierna (15).

Camas, somieres y colchones para la prevención y tratamiento de úlceras de presión (16).

Injerto de la piel para úlceras venosas de la pierna (17).

Terapia electromagnética para el tratamiento de úlceras venosas de la pierna (18).

INEC identifica la mejor evidencia clínica y desarrolla recomendaciones en su utilización (14). Tiene el propósito de separar “el trigo de la paja” (14) y reúne evidencias de investigaciones publicadas, los estudios y la opinión del experto. Recientemente repasó el uso de agentes de desbridamiento para heridas quirúrgicas difíciles de cicatrizar (19), pero fue incapaz de hacer alguna recomendación firme desde la evidencia disponible.

Las revistas profesionales también publican tanto estudios sistemáticos independientes, siendo un ejemplo el uso de la miel en la herida (20), como análisis críticos de la literatura.

APLICANDO LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Una vez que se haya reunido la evidencia, los profesionales deben evaluar su valor y decidir si se garantiza un cambio en la práctica. Por ejemplo, una prueba comparativa de dos productos de alginato tiende a mostrar que sus efectos

son prácticamente iguales. En heridas crónicas la variedad en el tiempo de curación de uno o dos días no es significativo en términos reales, en particular si hay implicaciones de coste.

Sin embargo, la evidencia que apoya el uso de la compresión para úlceras venosas de la pierna es abrumadora (15). Las clínicas favorecen a menudo una forma de compresión por encima de otra, siendo eficaces los vendajes de cuatro capas o corto-elásticos. El RCN argumenta que la función principal para llevar a cabo la práctica basada en la evidencia tendría que ser mejorar el cuidado del enfermo y mantener el enfoque al paciente (21). Por lo tanto, para mejorar la adhesión y ofrecer elección al paciente, los profesionales deberían estar preparados para utilizar las diferentes formas de vendajes de compresión/terapia para ajustarse a las necesidades individuales.

CONCLUSIÓN

El manejo en la clínica nos afecta a todos nosotros (5). Como profesionales en el cuidado de las heridas, tenemos la responsabilidad de plantar nuestras raíces en la tierra firme de la evidencia clínica. Publicaciones recientes por INEC, Cochrane y examinadores independientes han mostrado que con pocas excepciones, muchas de las investigaciones en el cuidado de las heridas producen resultados poco concluyentes causados por metodologías débiles o muestras de pequeño tamaño (16-20).

Tabla 3. Resumen de los resultados principales

El manejo en la clínica cubre tratamiento, comunicación, resolución de quejas y el entorno del trabajo. Aspira a ayudar a los profesionales a aprender de la experiencia –la suya y la de los demás– y a darles acceso a los recursos que les facilitarán trabajar con una calidad alta, y de una forma basada en la evidencia.

La práctica basada en la evidencia está relacionada estrechamente con la eficacia clínica. Las formas de evidencia son directivas de la política, la teoría no basada en la investigación, la opinión experta y la experiencia personal y profesional.

El acceso a tal evidencia puede ser difícil. Para ayudar a los profesionales, la biblioteca Cochrane se encarga del análisis sistemático de las temas claves, mientras INEC identifica la mejor evidencia clínica y desarrolla recomendaciones en su investigación.

Tanto INEC como Cochrane y analizadores independientes han descubierto que tanta investigación en el cuidado de las heridas produce resultados poco concluyentes debido a metodología débil o a muestras pequeñas en tamaño. Es evidente que se necesitan más investigaciones rigurosas y robustas.

¿Y esto dónde nos deja como profesionales responsables? Todos tenemos la responsabilidad de cuestionar y reunir evidencias, y una manera eficaz de hacerlo es el compartir conocimientos. Mientras debemos insistir en que las compañías evalúen la eficacia de

los nuevos productos para el cuidado de las heridas con buenos estudios de investigación, también tenemos que saber lo básico del cuidado de las heridas y realizar pruebas clínicas independientes que ayuden y contesten preguntas como “¿cuáles son los mejores

agentes para el desbridamiento del pie diabético?” y “¿cómo podemos reducir las tasas de infección en úlceras de presión granulada?” No sólo necesitamos hacer tales preguntas, también tenemos que aunar nuestros refuerzos para encontrar las respuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Health. The New NHS: Modern, dependable. London: The Stationery Office, 1997.
2. Department of Health. A First Class Service. London: Department of Health, 1998.
3. Ligon M, Scally G. Clinical effectiveness (editorial). *Clinical Governance Bulletin* 2000; 1: 3, 1-2.
4. Department of Health. Patient and Public Involvement in the New NHS. Wetherby: Department of Health, 1999.
5. Sweeney K. Patient experience. *Clinical Governance Bulletin* 2000; 1: 1, 6-7.
6. Ligon M, Scally G. Risk management (editorial). *Clinical Governance Bulletin* 2000; 1: 2, 1-2.
7. Department of Health. An Organisation with a Memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: The Stationery Office, 2000.
8. McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing* 2001; 4: 3, 68-9.
9. Le May A. Evidence-based Practice. *Clinical Monograph No. 1*. London: NT Books (Emap), 1999.
10. Eraut M. *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer, 1994.
11. Joyce L. Translating knowledge into good practice. *Prof Nurse* 2000; 163, 960-3.
12. Muir Gray J. *Evidence based Health Care: How to make health policy and management decisions*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
13. Kelly J. Assessing and evaluating the evidence. *Prof Nurse* 2001; 16: 5, 1106-9.
14. McClarey M. NICE: Your questions answered. *Prof Nurse* 2000; 15: 8, 491.
15. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 3*. Oxford: Update Software, 2000.
16. Cullum N, Deeks J, Sheldon TA et al. Beds, mattresses and cushions for preventing and treating pressure sores (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue I*. Oxford: Update Software, 2000.
17. Jones JE, Nelson EA. Skin grafting for venous ulcers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software, 2000.
18. Flemming K, Cullum N. Electromagnetic therapy for the treatment of venous leg ulcers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
19. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Guidance on the Use of Debriding Agents and Specialist Wound Care Clinics for Difficult to Heal Surgical Wounds*. www.nice.org.uk, 2001.
20. Moore OA, Smith LA, Campbell F et al. Systematic review of the use of honey as a wound dressing. *BMC Complementary and Alternative Med* 2001, 1:2. www.biomedcentral.com/1472-6882/1/2.
21. Royal College of Nursing. *The RCN Clinical Effectiveness Initiative: A strategic framework*. London: RCN, 1996.
22. NHS Executive. *Clinical Guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within the NHS*. Leeds: NHS Executive, 1996.