



Luca Pulci, Epistole, 1495

## Revisión crítica de un estudio publicado

RESÚMENES COMENTADOS DE INVESTIGACIONES DE CALIDAD

Alberto Gálvez Toro\*

M<sup>a</sup> Paz Salido Moreno\*\*

### Introducción

El movimiento de la evidencia científica ha traído consigo algunas novedades que debemos tomar y adaptar a nuestra realidad. Entre ellas tenemos la *revisión crítica de un estudio*. Este artículo breve, constituye la primera entrega de una nueva sección de la revista Index, destinada a la publicación de revisiones críticas. A continuación explicamos qué es una revisión crítica, cómo se estructura y cómo se realiza, con la finalidad de que lectores, autores e investigadores puedan realizar aportaciones novedosas y de calidad a la enfermería desde la perspectiva de la evidencia.

### Antecedentes y contextualización

Uno de los medios que están utilizando actualmente las ciencias biomédicas para favorecer la rápida difusión entre la comunidad científica de estudios relevantes para un área concreta de conocimiento, es presentarlos de manera resumida y comentada en un formato de síntesis<sup>1</sup>. Dentro de esta línea, se encuentran las publicaciones periódicas *Evidence-Based Nursing*<sup>2</sup>, *ACP Journal Club*<sup>3</sup> y *Evidence-Based Medicine*<sup>5</sup>. Estas revistas revisan las principales revistas de biomedicina y de otras áreas relacionadas, seleccionan los artículos de investigación de mayor calidad y pertinencia, los resumen y comentan, y finalmente los publican como breves informes que resaltan las mejores evidencias disponibles actualmente.

La pretensión de estos resúmenes comentados, es la de aproximar a los clínicos hallazgos de calidad útiles para su área de conocimiento, y evitarles la costosa tarea de revisar grandes cantidades de información científica. Es un instrumento de actualización continua que, en cierto modo, ayuda a controlar el fenómeno de dispersión de la información científica y la explosión de la información circulante, ya que en una sola revista (v.g. *Evidence-Based Nursing*) se acumulan varias decenas de investigaciones de calidad resumidas y comentadas, pero publicadas originalmente en otras revistas primarias.

\*Diplomado en Enfermería y Fisioterapia.  
Profesor de la Escuela Universitaria de  
Enfermería de Jaén, España.

\*\*Enfermera. Hospital Princesa de España,  
Jaén, España.

CORRESPONDENCIA: Alberto Gálvez Toro.  
Fundación Index. Apartado de Correos nº  
734, 18080 Granada, España.  
Correo electrónico: agtoro@teleline.es

Manuscrito aceptado el 12.9.00

Index Enferm (Gran)2000; 31:56-59

## EVIDENCIA CIENTÍFICA

Como ya sabemos, la globalización del conocimiento y de la ciencia es un hecho<sup>1</sup>. Es imposible hablar de cualquier disciplina sin acudir a referentes pertenecientes a otras disciplinas o países. En este doble sentido, la enfermería española no está aislada en el mundo. Por tanto, es imprescindible que nos dejemos impregnar por el conocimiento de calidad generado en la enfermería de otros países y por el conocimiento de otras áreas cercanas a la enfermería como Antropología, Sociología, Filosofía, Medicina, etc.

La fórmula que nos proponemos adoptar para lograr esta aproximación al conocimiento, es la realizada por las revistas que abanderan el movimiento de la evidencia, pero sobre todo, *Evidence-Based Nursing*. El conocimiento que nos interesa resaltar, comentar y difundir, es el generado en la investigación cuantitativa o cualitativa, pero que cumpla los requisitos de calidad (como validez interna y validez externa) y de utilidad (aplicabilidad a la práctica de la enfermería)<sup>6</sup>.

En definitiva, la revisión crítica de un artículo en enfermería es un proceso definido por:

1º, la búsqueda, localización y valoración de un estudio de calidad que clarifique cualquier aspecto de la práctica enfermera, y

2º, el resumen breve del estudio seguido de un comentario que lo contextualiza en el área de la enfermería.

### Estructura de una revisión crítica

Hay dos elementos claramente diferenciados en la presentación de la revisión de un artículo. El primero, el *abstract* o resumen del estudio tomado como referencia, donde quedan reflejados los aspectos más relevantes de la investigación. El otro elemento es el *comentario*, donde

un experto explica el interés de la investigación para la práctica, realiza una crítica constructiva, analiza las implicaciones de los hallazgos, etc. Esta etapa es creativa, muy parecida a la discusión y conclusiones de un artículo científico, ya que el experto habla en base a su experiencia, conocimientos del tema y estado actual de la investigación sobre el problema tratado.

De manera general, las revisiones de un artículo se estructuran de la siguiente manera:

1. Partes preliminares: comunes a cualquier tipo de estudio que se revise.
  - Título del comentario. Destaca el aspecto más relevante del estudio que se va a

relevantes. Las partes del cuerpo de la revisión crítica de un estudio difieren dependiendo del diseño de la investigación que se resume. De manera general diferenciamos:

-Diseño del estudio comentado. En este apartado se explica el tipo de diseño utilizado en el artículo que se va a comentar. Por ejemplo, estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad, o ensayo clínico controlado randomizado a doble ciego.

-Resumen de cuestiones metodológicas. Se refiere a los participantes o los pacientes, la metodología utilizada, el tipo de intervención, lugar donde se realizó, etc. Esta sección es diferente para cada tipo de diseño.

-Hallazgos más importantes. Es el resumen de los resultados más relevantes.

-Conclusiones. Es la respuesta a la pregunta formulada al principio. A veces no es concluyente.

3. Parte final o comentario. El revisor,

un experto en la materia, explica los motivos por los que se seleccionó el artículo o la importancia de los hallazgos para un área concreta. Es posible que las conclusiones no arrojen luz sobre el problema, que pongan en tela de juicio una práctica habitual y extendida, o que sin duda se demuestren los beneficios de una terapia, una actividad preventiva, una medida diagnóstica, etc. Como ya hemos comentado, esta parte es creativa y su contenido es parecido a la discusión y a las conclusiones de un artículo original. Se aceptan citas bibliográficas en las que el revisor base sus comentarios.

### Algunas recomendaciones para los autores

*Criterios para la selección de estudios:* Esta sección que acabamos de comenzar acepta comentarios de cualquier tipo de estudio, cuantitativo o cualitativo, siem-

TRATAMIENTO	ETIOLOGÍA	REVISIÓN	CUALITATIVO
1º Título del comentario	1º Título del comentario	1º Título del comentario	1º Título del comentario
4º Diseño 5º Lugar	4º Diseño 5º Lugar	4º Fuentes de datos 5º Selección de estudios	4º Diseño 5º Lugar
11º Comentario	11º Comentario	10º Comentario	10º Comentario

resumir y comentar. Lo elabora el autor del comentario o revisor.

-Referencia o fuente. Es la referencia bibliográfica completa del artículo que se comenta. Con esta sección se deja claro que el autor de la crítica y del comentario no es el autor del estudio que se comenta, sino un experto que resalta las bondades de la investigación en un área de conocimiento. Por tanto, sirve para diferenciar entre la autoría del cuerpo o resumen del artículo y el comentario.

-Pregunta. Entre signos de interrogación se realiza una pregunta breve que deberá quedar contestada al final del resumen. Es el problema que el experto intenta resolver con la revisión del estudio y que expresa como pregunta. También la elabora el revisor que realiza el comentario.

2. Partes del cuerpo. El revisor realiza un trabajo de síntesis del estudio seleccionado, destacando los aspectos más

## EVIDENCIA CIENTÍFICA

pre y cuando cumpla los criterios citados más arriba de calidad y pertinencia. Además, se valorarán especialmente:

1. Estudios de enfermería realizados por enfermeras extranjeras, ya estén publicados en revistas de enfermería o en revistas médicas. Estos trabajos resumidos y comentados tienen la finalidad de acercarnos la realidad de la enfermería de otros países (sus innovaciones, sus líneas de investigación, sus perspectivas, etc).

2. Estudios en español realizados en áreas de conocimiento cercanas a la enfermería, que tengan una utilidad directa en la práctica enfermera, y que procedan preferentemente de las Ciencias Sociales.

3. Estudios en otros idiomas realizados en áreas de conocimiento cercanas a la enfermería y relacionados con la práctica enfermera.

*Estructura de la revisión crítica:* el cuerpo de la revisión es la única parte que varía de un estudio a otro. El cuadro 1 esquematiza la estructura a seguir dependiendo del diseño del estudio que seleccionó el revisor. Dado que todas las revistas sobre evidencia utilizan el mismo esquema (*Evidence-Based Nursing*<sup>2</sup>, *Evidence-Based Medicine*<sup>5</sup>, etc), cualquiera de ellas puede servir de ejemplo.

*Otras recomendaciones:* el revisor debe enviar a la redacción de Index una copia del artículo sobre el que ha hecho la revisión crítica y el comentario.

### Un ejemplo

Para hacer más comprensible el esquema que hemos desarrollado, a continua-

ción inauguramos esta nueva sección con el resumen del artículo de Munding y cols. en el que se comparan los resultados de salud de pacientes tratados por enfermeras y médicos en Atención Primaria.

### Bibliografía

1. Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en Gestión y Política Sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone España, 1997.
2. Purpose and Procedure. Evidence-Based Nursing 2000; 3(1):2-3.
3. Haynes RB. The origins and Aspirations of ACP Journal Club. ACP Journal Club 1991;114(Supl 1):A-18.
4. Purpose and Procedure. ACP Journal Club 1999;131(1):A-19.
5. Publishing Information. Evidence-Based Medicine 1997;2:97-128.
6. Dicenso A, Cullum N, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: past, present and future. Evidence-Based-Nursing 2000; 3(1):7-8.

## Comparación entre la asistencia prestada por enfermeras y médicos con las mismas responsabilidades y funciones en Atención Primaria

### PREGUNTA

¿Pueden las enfermeras de Atención Primaria realizar el tratamiento y seguimiento de pacientes hipertensos, diabéticos y asmáticos sin la supervisión del médico de familia?

### ARTÍCULO SELECCIONADO

DISEÑO. Ensayo Clínico aleatorio.  
LUGAR. Nueva York, Columbia Presbyterian Center of New York Presbyterian Hospital.

PACIENTES Y PARTICIPANTES. La selección de participantes se realizó entre agosto de 1995 y octubre de 1997, con pacientes adultos que acudían al "servicio de urgencias" diagnosticados previamente de asma, diabetes o hipertensión. La asignación de pacientes a las enfermeras o las médicos se realizó de manera ciega y aleatoria una vez que el paciente dio su consentimiento por escrito.

De los 3397 pacientes seleccionados en principio, 1316 (edad media de 45,9 años, 76,8% mujeres, 90,3% Hispanos), se asignaron aleatoriamente a las enfermeras (n=806) o a los médicos (n=510).

INTERVENCIÓN. Dotar a las enfermeras de la misma autoridad que los médicos para prescribir, consultar, derivar y admitir a pacientes en Atención Primaria. Se comparan los servicios

Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WT, Cleary PD, Friedewald WT, Siu A, Shelanski ML.  
**Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. A Randomized Trial**  
JAMA 2000; 283 (1):59-68.

prestados por enfermeras y médicos de Atención Primaria ante pacientes hipertensos, diabéticos y asmáticos. Los dos grupos de comparación son iguales exceptuando el hecho de que son profesionales diferentes.

PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADO. En el momento de la selección se

realizaba el *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, y tras la primera visita el entrevistador se ponía en contacto con el participante para pasarle un cuestionario de satisfacción. A los seis meses y al año del primer contacto y tras el seguimiento realizado por la enfermera o el médico, se volvía a pasar el cuestionario de satisfacción y el SF-36.

El SF-36 es un cuestionario formado por 36 ítems que responden a 8 dimensiones de la salud: salud general, funcionamiento físico, rol-psíquico, rol-emocional, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental. El cuestionario de

## EVIDENCIA CIENTÍFICA

satisfacción es el utilizado en el *Medical Outcomes Study*, formado por 15 ítems.

También se realizaron distintas medidas fisiológicas diferentes para cada una de las enfermedades y dependiendo de las necesidades de cada paciente. Se consideraron las siguientes variables determinantes: la tensión arterial para los pacientes hipertensos, la hemoglobina glicosilada para los diabéticos y el flujo espiratorio máximo para los asmáticos. Además se evaluó y comparó el uso de los servicios de salud realizado por los participantes tratados por las enfermeras y por los médicos durante un año después de la asignación.

PRINCIPALES RESULTADOS. A los seis meses de seguimiento, el estado de salud de los pacientes no presentaba diferencias significativas ( $P=0,92$ ) entre los grupos de comparación (enfermeras versus médicos). Las medidas fisiológicas eran similares en los pacientes con diabetes ( $P=0,82$ ) y asma

( $P=0,77$ ) con independencia del proveedor de cuidados; sin embargo, los pacientes hipertensos asignados a las enfermeras tuvieron unas cifras de tensión arterial diastólica significativamente menor que los asignados a los médicos (82 mmHg frente 85 mmHg;  $P=0,04$ ). No se encontraron diferencias significativas en la utilización de los servicios sanitarios (a los seis meses y al año), tampoco en el nivel de satisfacción posterior a la asignación inicial ( $P=0,88$ ).

CONCLUSIONES. Cuando las enfermeras de Atención Primaria tienen las mismas funciones y responsabilidades que los médicos de familia, los pacientes hipertensos, diabéticos y asmáticos tratados por ambos grupos profesionales no difieren significativamente, lo que significa que los cuidados prestados son comparables y similares en lo que se refiere a la satisfacción del paciente, el estado de salud y los parámetros fisiológicos.

## COMENTARIO

MP SALIDO MORENO<sup>1</sup>, A GÁLVEZ TORO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera Hospital Princesa de España, Jaén, España. <sup>2</sup>Diplomado en Enfermería y Fisioterapia. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Jaén, España.

Desde un punto de vista metodológico el trabajo realizado por Mundinger y cols. tiene la suficiente credibilidad (validez interna) como para aceptar sus conclusiones, aunque matizando, como hacen los autores, hay algunas limitaciones que es posible tengan influencia en la generalización de los resultados<sup>1</sup>. Entre ellas las relacionadas con el tipo de participantes (inmigrantes hispanos, desconocimiento del inglés, etc), que afectan a la validez externa del estudio.

Cada día está más implantada la idea de que las enfermeras no están al servicio del médico sino que ambos son los responsables del cuidado del paciente en la toma de decisiones que le afectan y en las que participan de manera activa. Las necesidades de salud de las poblaciones y los problemas a los que se enfrentan los Sistemas de Salud de muchos países, están fomentando cambios en la mentalidad de los responsables en la toma de decisiones políticas, que ven a las enfermeras como un recurso imprescindible y, actualmente, mal utilizado en la asistencia primaria. Como apunta la OMS, no se trata de aumentar el número de enfermeras (Documento Health 21, OMS 1999) sino de cambiar las formas de pensar, pero sobre todo, de que las administraciones tomen conciencia de las posibilidades que hay en las enfermeras y les permitan participar activamente en los Sistemas de Salud.

Desde nuestra perspectiva las posibles limitaciones del estudio apenas si tienen importancia a la hora de resaltar el mensaje principal que se deriva de él: las enfermeras pueden asumir mayores responsabilidades y más independencia en el cuidado de los pacientes sin que esto repercuta negativamente en su salud. Este trabajo está en la línea del protocolo de Laurant y cols. publicado por la *Cochrane Library* en 1998<sup>2</sup>, que se propone realizar una revisión sistemática sobre la sustitución de médicos por enfermeras en Atención Primaria. Igualmente, tenemos cuatro artículos publicados recientemente en el *British Medical Journal* donde se abordan cuestiones

relativas a la eficiencia y al coste-efectividad de las enfermeras frente a los médicos en diferentes áreas de servicios de salud. Desde la prensa médica española (*Diario Médico*, 17 abril de 2000) el tema se trata con mucho tacto y a veces con cierta ironía, no obstante, teniendo

en cuenta criterios de gestión, economía, y provisión de los mejores cuidados al precio más razonable y sin repercusiones en la calidad asistencial y en la satisfacción de los pacientes, es evidente que el uso adecuado de las enfermeras, sobre todo en Atención Primaria tal y como apuntara la OMS hace dos décadas, es más coste-efectivo frente al médico.

Las enfermeras españolas de Atención Primaria mantienen una dependencia importante del médico de familia. La adquisición de mayor autonomía de las enfermeras de Atención Primaria depende actualmente de al menos dos factores. El primero tiene que ver con la clase médica como grupo de presión y de fuerza. Las plantillas de médicos de Atención Primaria continúan creciendo mientras que las de enfermería están paralizadas o en reducción. El segundo factor nos conduce a las Administraciones (Central y Autonómicas), que mantienen una actitud pasiva hacia las enfermeras y limitan sus funciones, quizá porque lo médico es intocable todavía. Es previsible que esta situación se prolongue mientras se pueda soportar el creciente gasto de una asistencia medicalizada, pero sin duda, tal y como vemos en países como Estados Unidos y Reino Unido, la tendencia apunta hacia un mayor peso y autonomía de las enfermeras en los Sistemas de Salud.

## Bibliografía

1. Sox HC. Independent Primary Care Practice by Nurse Practitioner. *JAMA* 2000;283(1):106.
2. Laurant M, Sergison M, Sibbald B. Substitution by nurses in primary care [protocol]. *The Cochrane Library* 2000, Issue 2.