

JUNIO 2015

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO MEJORA DE CALIDAD



AUTORA: REBECA ANSOAIN CILVETI

DIRECTORA: DRA. BLANCA MARÍN FERNÁNDEZ

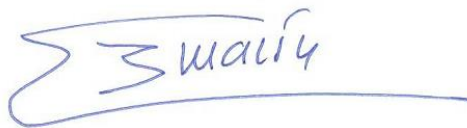
MÁSTER EN GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Dña. Blanca Marín Fernández, Profesora Titular Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el trabajo que presenta **Dña. Rebeca Ansoain Cilveti** con el título ***“La evidencia científica en los cuidados de enfermería como mejora de la calidad”*** ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 28 de mayo de 2015



Dra. Blanca Marín Fernández

La utilización de la evidencia científica por parte de los profesionales de enfermería en la práctica asistencial, ha supuesto una mejora de calidad en los cuidados que realizan a los pacientes. Entendida la práctica basada en la evidencia como uno de los estándares más altos de calidad que ha demostrado mejorar los resultados en salud de los pacientes, el siguiente trabajo pretende ver a través de una revisión bibliográfica la evolución de este concepto desde su origen en el campo de la medicina y de la enfermería denominándose “medicina basada en la evidencia” (MBE) y “enfermería basada en la evidencia” (EBE).

Además esta revisión nos permite conocer las facilidades y barreras que las enfermeras se encuentran en su trabajo a la hora de aplicar la evidencia disponible. Para contabilizar la actividad de la EBE están disponibles los cuestionarios PES-NWI y EBQP, que se encargan de medir el entorno de la práctica de la enfermería y la autovaloración de las enfermeras sobre el uso de la EBE en su día a día respectivamente.

El objetivo del trabajo es conocer e incorporar el uso de la evidencia científica en la práctica clínica de los profesionales de enfermería a nivel hospitalario como propuesta de mejora de la calidad en los cuidados.

Para ello se establece una propuesta de intervención para fomentar el uso de la EBE en enfermería. La propuesta consiste en la creación de un aula llamada “Enfermería en la Evidencia” siguiendo el modelo de *The Ottawa Model for Research Use* (OMRU). Este modelo se basa en aumentar el uso de la investigación en salud por parte de los profesionales así como por los investigadores, integrándola en la práctica clínica para la transmisión del conocimiento. La finalidad de esta propuesta es motivar y hacer llegar a los profesionales de enfermería los recursos y ventajas del uso de la EBE, no solo para los pacientes sino también para el desarrollo de la profesión.

Palabras clave: evidencia científica, enfermería, práctica clínica, medicina, calidad, cuidados, transmisión conocimiento, investigación.

ÍNDICE

1. Introducción.....	pág. 5
2. Objetivos.....	pág.22
3. Análisis estratégico.....	pág. 24
4. Propuesta de intervención.....	pág.31
5. Bibliografía.....	pág. 44
6. Anexos	
○ Anexo 1. Motores de búsqueda y selección de artículos.....	pág. 49
○ Anexo 2. Cuestionarios LOPSS 12, PES-NWI y EBPQ.....	pág. 54
○ Anexo 3. Cronograma.....	pág. 60

1. INTRODUCCIÓN

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

La evidencia científica es un término de reciente aparición, sin embargo el planteamiento de su uso se ha contemplado desde hace tiempo. Este movimiento tuvo su comienzo en el campo de la medicina, denominándose “medicina basada en la evidencia” (MBE). Sackett lo definió como el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia para la toma de decisiones de acuerdo al mejor tratamiento para el cuidado individual de los pacientes. La práctica de la MBE se sustenta en dos pilares fundamentales que son: integrar la experiencia clínica, conocida como la competencia y el juicio individual que los clínicos adquieren a través de la práctica de su trabajo, con la mejor evidencia disponible tras realizar una búsqueda sistemática¹. Teniendo en cuenta la definición anterior, queda claro que el objetivo de esta práctica es aprovechar la evidencia que proviene de la aplicación del método científico para escoger la mejor de todas las opciones disponibles en el tratamiento individual de los pacientes².

Aunque se tenga clara la definición y el uso que tiene la evidencia en las profesiones sanitarias, hay una falta de conocimiento sobre el surgimiento de este movimiento. La MBE tiene sus orígenes a comienzos del S. XIX en París, básicamente surgió como respuesta al concepto de la medicina como “arte” que visualizaba a los médicos como artistas que debían confiar en sus “sentimientos” para abordar a los pacientes². Formalmente el término se forjó en América del Norte, más concretamente en Canadá.

Tal como relata Zimmerman Z.L.³ en su artículo sobre la Historia de la Medicina Basada en la Evidencia, ésta y la epidemiología clínica comparten una serie de raíces. Hacia mediados del siglo XIX los médicos empezaron a introducir la estadística y los métodos probabilísticos en la evaluación para el tratamiento individual de sus pacientes. En 1938 para John R. Paul, miembro de la escuela de medicina de Yale, la epidemiología clínica se componía de una observación multifacética de la enfermedad incluyendo factores sociales y ambientales. Alvan R. Feinstein, seguidor de Paul en Yale, introdujo el método de las búsquedas estadísticas y la lógica de Boole para la cuantificación de la práctica clínica y el estudio del proceso de las decisiones médicas. A finales de 1960 se desarrollaron dos factores decisivos para que la medicina basada en la evidencia comenzara a tomar forma. Uno de esos factores fue la introducción de nuevos métodos educativos en medicina en Norte América y el otro factor fue el cambio hacia una cobertura universal sanitaria en el Servicio de Salud canadiense. Con ello se establecieron cuatro nuevas escuelas de medicina, una de ellas la Universidad McMaster en 1968. Esta escuela incluyó en su formación el denominado “aprendizaje basado en problemas” que combinaba el estudio de las ciencias básicas y la clínica médica a través de problemas clínicos con un sistema de tutorías. David Sackett, director del primer departamento de clínica epidemiológica y bioestadística de esta universidad junto con la colaboración de Feinstein como profesor durante dos años en el plan de estudios, dotó a la universidad de un interés en la resolución de problemas surgidos en la práctica clínica y en el análisis de la toma de decisiones médicas. En 1978 Sackett presentó diferentes estrategias metodológicas para resolver problemas basados en el aprendizaje en un pequeño curso. Esto dio lugar a que a lo largo de 15 años Sackett y su

departamento realizaran publicaciones sobre el método de valoración crítica en revistas y libros con diferentes enfoques y nombres hasta su última publicación con el título de “medicina basada en la evidencia” dado por Gordon Guyatt en 1992, miembro del departamento del que Sackett era director. Esta publicación comenzaba con las siguientes palabras:

“Un nuevo paradigma para la práctica médica está surgiendo. La medicina basada en la evidencia resta importancia a la intuición, a la experiencia clínica no sistemática y justifica la fisiopatología como motivo suficiente para la toma de decisiones clínicas y hace hincapié en la práctica de pruebas de la investigación clínica”.

El resultado fue una completa presentación del método en revistas médicas de primer nivel, este comprendía los últimos adelantos en clínica epidemiológica recogida bajo el nuevo término de “medicina basada en la evidencia”. En 1995 la cantidad de artículos con estas palabras en sus títulos por investigadores fuera del círculo de la McMaster superaba en número a los pertenecientes a la universidad. De los 77 artículos publicados al año, solo 23 pertenecían a miembros de la McMaster. El surgimiento de tal cantidad de artículos ajenos a miembros de la universidad confirmó que el nuevo término se estaba integrando sin problemas en el discurso médico.

El impacto de la MBE ha tenido mucha relevancia en su primera década de vida, en la siguiente gráfica se muestra la popularidad del término en las publicaciones desde su inicio en 1992 a lo largo de los 10 primeros años:

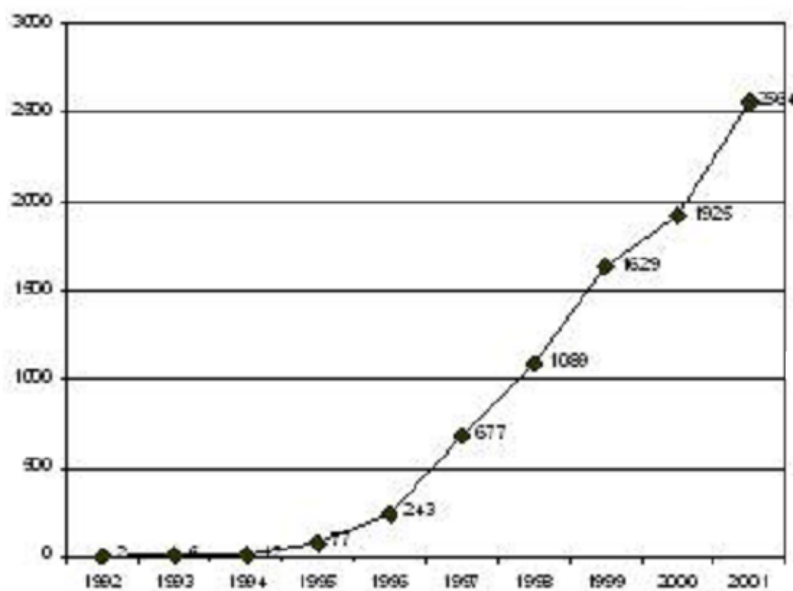


Figura 1. Publicaciones en la primera década de “medicina basada en la evidencia”. Fuente: Zimmerman AL. History of medicine. Evidence-based medicine: A short history of a modern medical movement. American Medical Association Journal of Ethics. 2013. Vol. 15. Nº 1: 71-76.

Como se puede observar en la gráfica, el uso de la MBE ha aumentado desde su aparición en 1992, siendo muy acentuado a partir de 1996 una vez que el término se introdujo en el entorno médico.

Otros autores incluyen como variables que influyeron en su aparición y difusión los altos costos del sistema sanitario, el interés por los estudios experimentales controlados, errores en la industria farmacológica, la necesidad de sistematizar las buenas prácticas en medicina y el gran volumen de información publicada diariamente de investigaciones en medicina.²

Un pionero en este área durante toda su carrera médica y considerado por muchos como el padre de la Medicina Basada en la Evidencia fue Archibald Cochrane (1909-1988). Durante sus años de estudiante se preocupó por la falta de evidencia científica en las intervenciones médicas. Los conceptos de efectividad y eficiencia en la práctica clínica se convirtieron muy importantes para él y se volvió escéptico ante cualquier tratamiento, incluidos aquellos que se habían aceptado como beneficiosos. Creía en que ninguna intervención médica se podría desempeñar a menos que se hubiera probado su efectividad y que un mayor pensamiento sistemático y científicamente probado debía ser la base de la práctica clínica y gobernar sus decisiones. Su libro “Efectividad y eficiencia: Reflexiones al azar en los Servicios de Salud” publicado en 1972, fue muy aceptado por la comunidad médica donde expresó su preocupación y crítica por la falta de evidencia científica que debía guiar la práctica médica en el Servicio de Salud británico (NHS). Defendía firmemente los resultados de los estudios aleatorios controlados y decía que todos los tratamientos debían basarse en los resultados de estos estudios. Su continuo énfasis por los términos de eficiencia, efectividad, igualdad y coste-efectividad le llevó a la aplicación de tratamientos en sus pacientes de acuerdo a estos términos. En 1979 expresó su preocupación por la falta de un sumario que recogiese todos los estudios aleatorios controlados, organizado por especialidades que facilitara a los clínicos adecuadas conclusiones tras sus búsquedas. Esta idea y la necesidad del mantenimiento de revisiones relacionadas con todos los campos de la medicina permitió la creación del Centro Cochrane en Oxford (UK) en 1992, poco más tarde en 1993, cinco años después de la muerte de A. Cochrane, este centro se convirtió en lo que hoy conocemos como La Colaboración Cochrane, una gran base de datos con artículos de diversa índole que ayudan a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y en la resolución de dudas durante su práctica profesional. Tiene como objetivo aumentar la calidad de las decisiones de cuidados en salud al preparar, mantener y promover la accesibilidad de las revisiones sistemáticas sobre los efectos de las intervenciones en salud. Pese a esto esta base de datos ha sido duramente criticada por la falta de accesibilidad, flexibilidad y relevancia. Aunque la medicina basada en la evidencia continúa evolucionando y se adapta a los tiempos que corren, el núcleo principal sobre el cual opera está basado en las innovadoras ideas que Archibald Cochrane desarrolló a lo largo de su vida.^{4,5}

A pesar de la extensión de la evidencia en la medicina, todavía en el s. XXI necesitamos saber qué es y qué no es y donde se puede o no aplicar. La MBE no son unas directrices que te indican lo que hay que hacer ni suprime la libertad clínica de los profesionales, tampoco es una prohibición hacia la no realización de actividades de las cuales todavía no hay evidencia, no se usa para controlar gastos clínicos ni para ignorar las preferencias del paciente. La MBE se usa como un referente de excelencia para guiar las decisiones clínicas, integra la propia experiencia con la de los demás y con las preferencias de los pacientes, es una manera de mejorar la práctica médica, disminuir la variabilidad y errores surgidos de la práctica sin evidencia e identifica el mejor estándar diferenciándolo del resto de alternativa disponibles, por último es un enfoque totalmente válido para las intervenciones médicas.¹

Aun conociendo sus usos y donde podemos aplicarla sigue habiendo personas que se debaten a favor o en contra de este movimiento. Los que están a favor defienden que es una manera de aplicar el método científico y aprovechar la evidencia disponible en beneficio de los pacientes. Por otro lado las críticas se basan en defender que coarta la actuación de los médicos y que es un intento de reducir gastos en los servicios sanitarios².

La mejor manera para hacer medicina basada en la evidencia como método es siguiendo unos sencillos pasos de fácil aplicación²:

1. Formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente. Las preguntas deben ser construidas adecuadamente, ser relevantes para la situación del paciente y derivar en una fuente fidedigna donde buscar respuestas (base de datos). Estas preguntas se denominan PICO.
2. Localizar las pruebas disponibles en la literatura, esto se hace a través de los motores de búsqueda y bases de datos internacionales. Una vez seleccionada la información relevante para la pregunta formulada, se procede a aplicar los niveles de evidencia (modos de categorizar la información disponibles para que sea útil y efectiva a la hora de tomar decisiones) y grados de recomendación (sugerencias que se establecen para poner en marcha o no los diferentes hallazgos dependiendo del rigor científico con que se hayan producido), con el objetivo de seleccionar los que aporten mayor fuerza en la toma de decisión.
3. Evaluar críticamente las pruebas. Para esto el clínico debe estar entrenado en metodología de la investigación, de esta manera podrá diferenciar entre información válida y aquella que no lo es; en este paso tiene lugar la pericia y experiencia del clínico.
4. Aplicar las conclusiones de la evaluación al problema del paciente.

A continuación se muestra en tablas los grados de recomendación y los niveles de evidencia junto con su significado. La primera obtenida del Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) y la segunda del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (CEBM):

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; otros factores pueden determinar la elección.
D	Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención. Existe insuficiente información para recomendar a favor o en contra de la intervención; sin embargo, otros factores pueden mediar en la decisión.

Tabla 1. Grados de recomendación. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Fuente: Maestre Uhía JM, Del Carmen Ocampo Ospino C, Useche Amarís NS, Trout Guardiola GO. Medicina basada en la evidencia: revisión del concepto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary. 2012. Vol. 9. Nº2: 159-166.

NIVELES DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica.
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad.
2c	Out comes Research.
3a	Revisión sistemática de estudios caso control, con homogeneidad.
3b	Estudio caso-control.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, "bench research" o "first principles".

Tabla 2. Niveles de evidencia según el Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (CEBM). Fuente: Maestre Uhía JM, Del Carmen Ocampo Ospino C, Useche Amarís NS, Trout Guardiola GO. Medicina basada en la evidencia: revisión del concepto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary. 2012. Vol. 9. Nº2: 159-166.

A pesar de tener una metodología estructurada hay una serie de dificultades cuando lo incorporamos a la práctica asistencial como herramienta: la dificultad de posponer las decisiones para realizar la búsqueda bibliográfica, el análisis de validez y el juicio sobre su aplicabilidad, la falta de tiempo del profesional y de formación en evidencia. Actualmente se está hablando de una evolución de la MBE a una más real que considera al paciente una prioridad. La necesidad de que la evidencia individualizada tenga un formato que sea entendida tanto por clínicos como por pacientes, que las decisiones se compartan con los pacientes mediante conversaciones comprensibles y que se construyan relaciones médico-pacientes más sólidas. Un objetivo de este nuevo movimiento sería ofrecer a los pacientes mejores evidencias, bien explicadas y presentadas, más personalizadas para hacer de la MBE un instrumento no solo para los profesionales sino que esté también al servicio de los pacientes cuyo fundamento ético sea ofrecer a cada paciente la mejor alternativa posible.⁶

INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

La evidencia científica incorporada a la práctica sanitaria se denomina práctica basada en la evidencia (PBE) y según el centro Cochrane Iberoamericano integra la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática, es decir, con la MBE.⁶ Este término surgió en 1996 cuando se publicó por primera vez su definición por Sackett y colaboradores⁸.

Fernandez-Samos⁹ en su artículo sobre las “sombras” de la MBE, comenta que no hay pruebas lógicas ni empíricas que demuestren que seguir los mandatos de la MBE conduzca a mejores resultados en la práctica. También crítica que no se tiene en cuenta las dimensiones biopsicosociales de los pacientes como los aspectos raciales o étnicos, sexo y edad, peso, discapacidad o religión en la práctica a la hora de tomar decisiones.

A pesar de esta pequeña crítica, se ha demostrado que las revisiones sistemáticas enfocadas en investigaciones cuantitativas se usan como resumen para producir un metaanálisis de la mejor evidencia posible en investigación o por su utilidad en recoger el conocimiento de las investigaciones existente. Las revisiones sistemáticas tienen una gran relevancia para la PBE ya que permiten sintetizar el conocimiento en un ámbito de estudio para su aplicación a la práctica.⁵

Urra Medina y Barria Pailaquilén⁵ hacen una buena descripción de lo que son las revisiones sistemáticas. La definen como un proceso para identificar lo destacable de una revisión de la literatura de interés para la práctica, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros. El gran rigor científico de estas revisiones hace que se consideren una

investigación por méritos propios, capaz de resumir la evidencia de un problema clínico específico. Siendo el centro de interés de las iniciativas de la PBE y aceptada como una fuente fiable de información sobre la efectividad de las atenciones en salud. Su principal objetivo es revelar el conocimiento de la investigación de un tema definido para recolectar la mejor evidencia posible y así desarrollar la PBE.

Estos autores explican que la revisión sistemática cuenta con una serie de etapas; definir su propósito y formulación de la pregunta, buscar literatura, evaluar los datos, analizarlos y presentar los resultados. Todas estas etapas sirven para los distintos tipos de revisiones sistemáticas entre las que destacan los metaanálisis (incluyen la integración de los resultados mediante análisis estadístico), los estudios clínicos aleatorios y los estudios descriptivos, observacionales e interpretativos. Este último tipo de estudios no están muy desarrollados dentro de las revisiones sistemáticas, lo que supone una gran limitación para enfermería ya que muchas preguntas relativas al cuidado están determinadas por el impacto de la enfermedad o tratamiento, no siendo contestadas por estudios cuantitativos. Por ello las revisiones sistemáticas deberían ampliar su foco de intervención para resumir investigaciones de otros diseños, incluyendo los cualitativos y asegurando que el rigor utilizado por el investigador primario sea mantenido. Pero la comunidad clínica es reticente hacia estos estudios y por ello el sustento de las revisiones siguen siendo los ensayos clínicos aleatorizados.

Un ensayo clínico investiga la efectividad de intervenciones terapéuticas en los pacientes, considerándose que proveen menor susceptibilidad a sesgos, ya que su diseño proporciona los efectos que se estiman más fiables⁵. La gran controversia de estos estudios es que aun proporcionando la mejor evidencia para demostrar el efecto de las intervenciones sobre la población, no permite predecir sus resultados individuales, porque solo un pequeño porcentaje de los pacientes “reales” concuerdan con los requisitos exigidos para ser pacientes “tipo”. Uno de los grandes problemas de los ensayos clínicos es su relación con la industria, ya que lo convierten en una herramienta para la ocultación y la manipulación de datos como actividad promocional de sus productos. Este movimiento ha sido denominado “Pharmaceutical company-based medicine o Marketing-based-medicine”. Un gran ejemplo del control de la industria sobre los ensayos clínicos es que cuando sus resultados son positivos se difunde muy rápidamente y es ampliamente asimilado por el mercado, sin embargo cuando sus resultados son negativos y por lo tanto van en contra de los intereses de los patrocinadores o no se publican o lo hacen más tarde.⁹

Por lo tanto a la hora de evaluar y analizar los datos de estos ensayos debemos tener en cuenta si lo que estamos leyendo puede tener algún interés comercial o si el ensayo ha sido financiado por alguna organización que pueda tener interés en hablar bien del producto. Con ello conseguiremos maximizar la objetividad de la información y minimizar los sesgos derivados de intereses comerciales. Para lograrlo, el factor más importante no deja de ser la buena formación científica y ética del profesional sanitario⁹.

Tal como describe Fernandez-Samos⁹, el problema es que esa industria que tanto ha aportado a la medicina y a la salud de las poblaciones ha ido creciendo demasiado y ya

ni siquiera son industrias destinadas a ganar dinero, sino grandes corporaciones cuya misión parece controlar todo lo que tenga relación con su negocio presente y futuro.

Está demostrado que el uso de la evidencia científica para el cuidado del paciente por los profesionales de enfermería y demás sanitarios, mejora la calidad y los resultados del paciente durante la atención sanitaria. Sin embargo varios estudios coinciden que en España entre un 30-40 % de los pacientes no reciben una atención sanitaria basada en la evidencia, incluso entre un 20-25% de la atención al paciente no es necesaria o puede ser perjudicial, lo que se traduce en un aumento del gasto sanitario para el país. La asistencia sanitaria que reciben los pacientes depende más del centro sanitario al que acuden que de la evidencia científica que sustenta los cuidados que deben recibir. Por lo tanto podríamos afirmar que la falta de aplicación de la MBE depende de las desigualdades en el acceso y la atención sanitaria⁷.

En un estudio realizado por Llorente-Parrado y Grande Arnesto⁷, se identificaron las principales barreras en el medio sanitario para implementar la PBE. Ellos realizaron la siguiente pregunta: *¿a qué puede deberse esta falta de cumplimiento en la práctica de recomendaciones que están sobradamente avaladas por la evidencia científica?* A partir de ella realizaron una búsqueda bibliográfica y una vez analizados los datos se toparon con las siguientes barreras:

1. Limitaciones metodológicas en la identificación de la evidencia científica debido a un exceso de literatura científica que dificulta mantenerse al día.
2. Dificultades para pasar de la teoría a la práctica. Aquí diferenciaron dos tipos de factores, los individuales como la falta de tiempo y de formación para búsquedas bibliográficas y los organizacionales como el alcance de los procesos, falta de acreditación docente o carencia de sistemas de seguimiento.
3. Limitaciones de los sistemas de información y análisis de datos. En España la información sobre costes asociados a la atención sanitaria es aún pobre, además a esto hay que sumar que el Sistema Nacional de Salud se desarrolla con lentitud tanto en la definición como en la selección de indicadores.

Para intentar evitar y superar estas barreras, los autores proponen una serie de mejoras como son: la simplificación de la selección de fuentes de conocimiento, facilitar su acceso a los profesionales sanitarios, reorientar las estrategias de implantación de planes de mejora en los centros sanitarios e impulsar la evaluación del coste-efectividad de la atención sanitaria.

Aunque lo que más se estudie en las investigaciones sean las barreras que se pueden encontrar al implementar la PBE, una vez la ponemos en marcha reporta numerosos beneficios y ventajas reconocidas por la Joint Commission, (organización de reconocimiento internacional que identifica, mide y comparte con el mundo las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes). Estas ventajas son la mejora en resultados de salud, el incremento de la seguridad de los pacientes, el favorecimiento de la captación de recursos humanos y la retención de enfermeras. Lo

cual consideran un bien escaso en la mayoría de los países europeos caracterizado por la inestabilidad y precariedad laboral.¹⁰

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

La enfermería basada en la evidencia tiene como base a la MBE y la PBE a pesar de seguir su propio desarrollo histórico, sin embargo ya era usada mucho antes de darle esa denominación, al igual que la MBE.

Su principal pionera fue Florence Nightingale (1820-1910), ella valoraba las intervenciones para el cuidado según resultados estadísticos como mejora en la atención y en los resultados de los pacientes. Algunos autores la consideran como “la visionaria de la medicina basada en la evidencia”. Ayudó a disminuir las tasas de mortalidad hospitalarias a través de cálculos mejorando el saneamiento hospitalario tras su llegada de la Guerra de Crimea en 1856. Para ello creó una comisión que investigara las causas de la alta mortalidad hospitalaria, y un departamento de estadística para identificar y controlar las enfermedades, la mortalidad y demás problemas y que éstos fuesen tratados rápidamente. Jocelyn Keith describió el propósito de Nightingale como “el primer modelo sistemático para la recogida de datos hospitalarios utilizando una clasificación uniforme de las enfermedades y operaciones que formarían en un futuro la base del código CIE” (Código Internacional de Enfermedades). Florence Nightingale destacó por su pasión para mejorar los resultados del paciente, su compromiso con el cuidado basado en la evidencia, su creencia en el poder de la disciplina de enfermería para mejorar las experiencias de los pacientes y por su gran aportación en el establecimiento de un sistema sanitario público.^{11,12}

En algunas investigaciones más recientes, varios autores han estudiado cómo incide la práctica enfermería en los resultados asistenciales, confirmando la importancia que tiene en la mejora de la morbi-mortalidad de los pacientes la correcta atención por parte de los profesionales de enfermería¹³. Esto confirma las afirmaciones de F. Nightingale sobre la prevención de la enfermedad y la mortalidad con una adecuada atención de enfermería a través de cuidados basados en la evidencia.

La enfermería basada en la evidencia (EBE) se define como el cuidado concerniente a la incorporación de la evidencia de la investigación, experiencia clínica, la preferencia de los pacientes dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual y los recursos disponibles en los diferentes contextos de salud. Respecto a las bases para obtener esa evidencia se aboga tanto por el método cualitativo como el cuantitativo.¹⁴

El uso de la evidencia científica ha de ser un reto permanente para conseguir un desarrollo profesional armónico y sostenido que ofrezca una prestación de cuidados excelente y que tenga un impacto positivo en los resultados y en la seguridad del paciente^{15, 16}. La actividad de enfermería debe dar soluciones a las respuestas humanas y a los problemas de salud tanto reales como potenciales, por ello precisa de una

actuación basada tanto en la evidencia como en la experiencia. La EBE puede ser una excelente aportación a la mejora de las prácticas, técnicas y modelos, pero se debe tener en cuenta que su desarrollo se halla sujeto a poderes sociopolíticos y culturales.¹³ De hecho cuenta con una serie de elementos facilitadores como son las oportunidades de aprendizaje, la construcción cultural y la disponibilidad y simplicidad de recursos ¹⁰.

El Johanna Briggs Institute (JBI) con sede en Adelaida, Australia, se centra en la necesidad de desarrollar una enfermería basada en la evidencia y en atender a los pacientes para que estén informados cuando tienen que tomar decisiones. Esta institución surgió para conocer la necesidad de contar con un marco de colaboración, tanto para evaluar la evidencia derivada de fuentes de procedencia diversa, incluida la experiencia, la competencia y todas las formas de investigación rigurosa, como para traducir, transferir y utilizar la mejor evidencia disponible en la práctica sanitaria. También trabaja con un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios para identificar áreas en las que se necesita con urgencia información evidenciada con la que avalar su práctica. Tanto el JBI como el Centre for Evidence-Based Nursing en Reino Unido, han sido fundamentales en el movimiento de la enfermería basada en la evidencia, dedicadas a proporcionar guías de práctica clínica de calidad que reflejan la necesidad de basar la enfermería en las creencias, valores y el conocimiento en los que se apoya la práctica, así como en la mejor evidencia existente. Hay datos que afirman que el personal de enfermería tiene una tendencia a ver la evidencia generada mediante la investigación como poco práctica y, por consiguiente irrelevante en el ejercicio diario de la profesión.¹⁷

Para poner en práctica este movimiento hay que tener en cuenta las críticas y dilemas que surgen de la población sanitaria. La revisión realizada por Urra y Tapia¹⁴ las organiza en cuatro puntos. Primero, la resistencia paradigmática de la EBE que tiene la tendencia de privilegiar los ensayos clínicos aleatorios como el diseño más apropiado para evaluar la efectividad de una intervención de enfermería y aparta los estudios cualitativos que engloban un gran valor. Segundo, la devaluación de las habilidades y experiencias individuales de las enfermeras al usar EBE e inhibición de la práctica clínica innovadora. Tercero, la falta de recursos y habilidades en investigación debido al poco tiempo que le queda a enfermería para la realización de búsquedas, la escasa oportunidad de acceso a la literatura, la falta de entrenamiento en la búsqueda de información y habilidades de análisis crítico. Cuarto y último punto es que la EBE se ve como un “recetario de cocina” al igual que ocurría con la MBE, dicen que deja de lado lo individualizado y que la experiencia clínica es la clave para el equilibrio riesgo/beneficio de los tratamientos.

Hay una gran cantidad de autores e investigaciones que han identificado más barreras para la implementación de la EBE e incluso han destacado otras ya descritas. Entre ellas destaca la falta de tiempo, déficit de autonomía y de autoridad de la enfermera para cambiar la práctica, falta de apoyo administrativo e institucional, de liderazgo y de acceso a los recursos, ideas falsas sobre la PBE, mala comprensión de las estadísticas y la evaluación crítica, expectativas laborales poco claras, desconocimiento de temas básicos, poca experiencia con la investigación, escasez de evidencias disponibles para la

disciplina enfermera y poca cultura de cambio en medio hospitalario, el cual actúa como un factor motivacional importante en la búsqueda de evidencias.^{10,18,19,20.}

Una cuestión importante para el implemento de la EBE es saber qué tipo de profesionales dentro de los equipos de enfermería estamos tratando de captar, ya que hay distintas generaciones de enfermeras trabajando juntas que no han tenido el mismo tipo de formación. Debemos distinguir entre las recién graduadas y las veteranas.

Varios estudios investigaron acerca del uso de la EBE según los años de experiencia. El llevado a cabo por Dalheim et al²⁰ concluyó que el uso de búsquedas basadas en evidencia incrementaba con la edad de las enfermeras y con los años de experiencia. Por el contrario sus resultados no coinciden con los de Mailner et al el cual concluyó justo lo contrario. Las razones que ellos señalan es que se puede deber a que sus enfermeras pueden tener ya conocimientos básicos basados en su propia experiencia y que las menos experimentadas tienden a buscar información en los libros de texto de su formación, los cuales quedan desfasados en poco tiempo, y preguntando a las enfermeras más veteranas. Por otro lado otras revisiones no encontraron asociación entre la edad y el número de años trabajados con las búsquedas basadas en evidencia. Sin embargo enfermeras con un alto nivel de formación ya sea Master o alguna cualificación de avanzado nivel, ha demostrado una mayor frecuencia en la práctica de la EBE comparado con enfermeras sin estudios de posgrado¹⁶. En la revisión realizada por Bostrom et al¹⁶, las enfermeras menos experimentadas referían más barreras que las veteranas para acceder a la información de la organización tales como Guías de práctica Clínica (GPC) o protocolos, acceder a fuentes de datos y disponer de tiempo para la PBE.

Lo mejor que podemos hacer en este caso es conocer las habilidades de nuestro personal y el origen y la práctica que hace del conocimiento en las actividades asistenciales a los pacientes. Si por alguna razón no saben acceder a la información basada en la evidencia disponible en las organizaciones se les podría formar de alguna manera o facilitarles su uso para que no tengan que depender de otras enfermeras.

En el último estudio mencionado (Bostrom et al¹⁶) identificaron dos tipos de factores que están asociados con la práctica de la EBE. Por un lado tenemos los factores individuales como el nivel educacional, años de experiencia y la confianza en la práctica de la EBE. Por otro lado tenemos los factores organizativos como el apoyo de los líderes, el ambiente de la organización y el acceso a las fuentes de información.

Uno de los aspectos principales para el desarrollo de la EBE es la autonomía de la enfermera en su práctica asistencial y el liderazgo de los supervisores, el cual ha sido identificado con una fuerte asociación con la práctica de la EBE en varios estudios. También se contemplan otros como los recursos disponibles, las preferencias de los pacientes y la experiencia del profesional. El liderazgo ha demostrado asociación con la búsqueda de conocimiento, la implementación de la PBE, su evaluación y para generar un cambio en la política de transferencia de conocimiento. El líder debe influenciar un clima de colaboración y establecer buenas condiciones para el equipo. Las supervisoras

de enfermería parecen tener un rol importante en el apoyo de la práctica de la EBE, ya que es el factor más valorado por parte de las enfermeras para conseguir PBE, pero a su vez estas necesitan tener claros los objetivos por parte de sus superiores. Que esos superiores fomenten la importancia de la EBE, demuestra un mayor número de actividades para su desempeño y son capaces de motivar a su personal para que implementen la evidencia en su asistencia. Identificar líderes en EBE que apoyen y puedan ejercer como coordinadores de otras enfermeras así como de organizaciones sanitarias que motiven a esas enfermeras a la EBE desde el propio centro, podría suponer una mejora de los cuidados y al atención prestada, de los resultados de salud, del coste de la atención sanitaria y de la eficiencia de la institución, aspectos más que distintivos de un buen hospital.^{16,19} También cabe nombrar a los gestores de enfermería, los cuales tienen la capacidad de generar un cambio hacia las prácticas más cercanas e incorporación de las evidencias debido a las diferencias que se han obtenido a favor de estas frente a las enfermeras clínicas.¹³

Kramer y cols. identificaron las dimensiones que las propias enfermeras reconocían como esenciales para mejorar la calidad en la asistencia: apoyo para la formación, ejercer junto a otras enfermeras de gran competencia clínica, relaciones positivas entre médicos y enfermeras, autonomía de la práctica enfermera, cultura centrada en el paciente, control de las enfermeras sobre su práctica, percepción de una dotación adecuada de plantilla y apoyo de las gestoras enfermeras.²¹

El reconocimiento social de la profesión de enfermería depende en parte de la investigación, debido a que a través de ella demostramos como los cuidados de enfermería contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de los usuarios. Los temas derivados a investigar tendrían que surgir de la práctica asistencial donde las enfermeras pueden actuar de diferente manera; por un lado tenemos las productoras de investigación, dirigen estudios que generan y mejoran el conocimiento necesario para la práctica. Por otro lado, están las consumidoras de investigación que utilizan los hallazgos para mejorar su práctica profesional y por último las enfermeras transmisoras del conocimiento a través de publicaciones con GCP, protocolos, etc.¹⁵ No es necesario que todas las enfermeras investiguen, pero que sí que hagan un esfuerzo por conocer la producción científica, por aplicar los avances del conocimiento en su práctica clínica y por los beneficios que aporta para el desarrollo disciplinario y profesional de la enfermería^{15,18}.

Las enfermeras que quieren dedicarse a la investigación o incluirla en su práctica asistencial se puede encontrar con dificultades tanto individuales como del entorno entre ellas el artículo elaborado por Varela et al¹⁵ destaca las siguientes:

- Barreras públicas y de contexto:
 - Falta de recursos humanos (presión asistencial).
 - Falta de medios: financiero, becas, tiempo institucionalizado.
 - Falta de reconocimiento social y profesional e incluso de la propia enfermería.

- Barreras profesionales y personales
 - Falta de formación científica en los estudios básicos.
 - Escasos conocimientos para valorar y aplicar los hallazgos de la investigación.
 - Falta de conciencia de que la práctica habitual. Debe estar relacionada con las últimas investigaciones.
 - Estrategias de difusión inadecuadas o inoportunas.
 - Resistencia al cambio.
 - Poco espacio a la creatividad.
 - Celos profesionales.
- Barreras comunicativas y educativas
 - Incapacidad de transmitir.

Tal como indica de Pedro Gomez¹³ en su tesis sobre la práctica clínica de la EBE, la visión medicalizada del sistema sanitario y las organizaciones dificultan que las enfermeras desarrollen una investigación cercana al cuidado, es decir, centrada en los aspectos cualitativos del paciente. Esto hace que haya dificultades para entender y poner en práctica los hallazgos de las investigaciones, y si se hace, es complicado medir el impacto de sus actuaciones. Si las organizaciones sanitarias no incorporan actividades a enfermería procedentes de resultados de investigación que mejoren la salud de la población, el cálculo de recursos seguirá anclado en una concepción de la enfermera como mera asistente de otros profesionales. Cuando en enfermería se intenta incorporar esos resultados, se topan con un entorno que no está adaptado y con unos recursos pensados para otros usos. Además la evidencia demuestra una escasez de evidencias para la disciplina enfermera debido a factores como problemas en la práctica relacionados con la política sanitaria y la gestión clínica e implicación y responsabilidad en la práctica profesional¹⁸.

A pesar de estas dificultades que nos podemos encontrar al implementar la EBE descritas por Varela et al¹⁵, ellos también aportan los beneficios de la integración de la investigación en la práctica asistencial:

- Usuario:
 - Mejores cuidados evidenciados
 - Aumento de la percepción de calidad de los cuidados recibidos
- Profesionales:
 - Desarrollo del conjunto de conocimientos de la profesión
 - Mejora de la práctica asistencial
 - Demostración del rol autónomo de la enfermería
 - Garantiza una imagen social de la profesión
- Entorno hospitalario:
 - Optimización de recursos
 - Aumento de la eficacia

A pesar de las ventajas e inconvenientes que pueda presentar la EBE y debido a que es un movimiento relativamente nuevo en el trabajo diario de enfermería, las

organizaciones tienen que trabajar en una serie de factores para facilitar la PBE en enfermería.

Estos factores se resumen en evitar la pérdida de competencia asociada al aumento de años de ejercicio profesional, fomentar el liderazgo como elemento de mayor impacto para una política de transferencia de conocimiento, la incorporación de los valores de participación en los asuntos de organización, la autonomía profesional y al relación entre profesionales. Las características del entorno desempeñan también un papel en cualquier estrategia que pretenda fomentar el uso del mejor conocimiento disponible en la provisión de cuidados, y que todo intento de avanzar fracase si no se tiene en cuenta este determinante.²²

Como ya se ha comentado, el uso de investigaciones cualitativas no está muy desarrollado ya que se priman los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados a la hora de pasarlo a la práctica. Sin embargo estos estudios tienen una gran importancia en nuestra disciplina ya que estudian sistemáticamente la experiencia cotidiana, es decir, el interés está en cómo estas experiencias son vividas en interpretadas por cada paciente. Este tipo de investigaciones sirven para ordenar las actuaciones y aportar criterios en rigor en la supervisión de un proceso, entender y comprender la realidad para poder actuar sobre ella.¹⁸

Urra et al¹⁴ también indican que los estudios cualitativos serían los mejores diseños para entender mejor las experiencias, las actitudes y creencias de los pacientes y pueden ayudarnos a indagar sobre los efectos óptimos en una muestra de pacientes. Mientras que los ensayos clínicos aleatorizados y las revisiones sistemáticas serían los mejores para evaluar las intervenciones de enfermería. Las autoras incluyen la siguiente tabla en su artículo con los distintos tipos de enfoques que nos aportan diferente información según los métodos de investigación:

Tipo de estudio Resultado	Cualitativos	Descriptivos	Casos y controles	Cohortes	ECA	Revisión Sistemática
Eficacia					XX	XXX
Efectividad	X	X	X	X	XX	XXX
Seguridad	X	X			XX	XXX
Aceptabilidad	X	X			XX	XXX
Costo/efectividad	X	X			XX	XXX
Adecuación	X	X				XXX
Calidad	X	X	X	X		XXX

Figura 2. Tipos de enfoques de investigación y su resultado obtenido. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Investigación y educación en enfermería. 2010 Vol.28. Nº1: 108-118.

Otra manera de conseguir información cualitativa por parte de los pacientes lo contempla la sección “Depósitos de materiales cualitativos” de la revista “Archivos de la Memoria”. Lo que pretenden es crear un banco de datos orales debido a la intemporalidad de los relatos de vidas de personas concretas. Los relatos de vida son un “tejido” diferente que conforma la subjetividad del proceso salud-enfermedad y

representa el contexto de la persona que los protagoniza. Ellos van más allá de la historia de la enfermedad e incluyen la historia de salud que hace una persona afrontar aquella de una manera concreta, específica e individual. Con estos datos será posible encontrar patrones y tendencias que puedan aportar evidencias importantes, colocando a los protagonistas en el lugar que merecen. De esta forma será posible encontrar indicadores medibles sobre los intereses de pacientes y familiares con respecto a su salud.¹⁸

INSTRUMENTOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Debido al aumento del interés en la medición del entorno de la práctica en enfermería, no solo en el medio hospitalario sino también en la comunidad, se hace más necesario disponer de versiones adaptadas a nuestro medio de instrumentos válidos y fiables. Que permitan evaluar factores del entorno de práctica enfermera en las organizaciones resultando de una gran utilidad en la gestión de los cuidados²¹. Pocos son los proyectos que han abordado el diagnóstico de los factores que condicionan la transferencia de conocimiento y que determinan la PBE en enfermería. El disponer de este tipo de instrumentos resulta de utilidad ya que facilitan la identificación de los parámetros idóneos de desempeño profesional haciendo hincapié en el contexto y el entorno, en que estos han de darse y cómo favorecerlos. Cualquier planificación estratégica de una organización sanitaria que desee acometer el rediseño de roles, el empoderamiento del liderazgo de la enfermeras, el análisis de dificultades en la prestación de cuidados o la detección de factores que estén influyendo en sus resultados asistenciales o profesionales tiene en estos instrumentos en recurso muy útil y de fácil aplicación.¹³

Dos de estos instrumentos, el Nurse Work Index (PES-NWI) y el Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ), han sido adaptados al medio español y validados por de Pedro Gómez y un equipo de investigación.

El Nurse Work Index (NWI) fue desarrollado por Kramer y Hafner en 1989 y está compuesto por 65 ítems los cuales miden el clima organizacional^{21,22}. Este instrumento fue creado para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales¹³.

Posteriormente se han dado varias versiones reduciendo el número de ítems. Entre ellas destaca el NWI-R y el PES-NWI. El NWI-R consta de 57 ítems y se ha destinado a medir la autonomía de las enfermeras, el control que tienen sobre el entorno, la calidad de las relaciones con los médicos y el equipo organizativo. Sin embargo no es el más utilizado. El PES-NWI elaborado por Lake consta de 31 ítems y es el elegido en este tipo de mediciones debido a su amplia trayectoria en el diagnóstico de variables de los entornos de práctica, además de presentar las mejores evidencias de validez de constructo con solidez metodológica. El único ítem que no proporcionó una validez y fiabilidad inicial fue el 14, el cual se modificó para ganar adaptación y comprensión y en el segundo ensayo se consiguió el objetivo de fiable para su uso. Lake hace un énfasis en los retos

que tiene el PES-NWI, según él, este debe ser utilizado por los investigadores para generar evidencias consistentes y comparables, que refleje todos los ámbitos conceptuales, avance en el desarrollo de los instrumentos, probarlo en diferentes ámbitos de atención y ampliar la evidencia de la influencia del entorno de práctica en los resultados del paciente, diseñando intervenciones que prueben las mejoras. En general, el resultado del estudio aportó evidencias empíricas suficientes que denotaron un buen comportamiento psicométrico con relación a la fiabilidad y al modelo de medida del test.^{13,21}

El Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) fue creado por Upton y Upton en 2006 con el colectivo de enfermería en el Reino Unido. Los autores lo describen como una autovaloración de las enfermeras sobre el uso de la EBE en su día a día. Además ha demostrado ser útil, rápido y una herramienta válida para medir la implementación. El cuestionario cuenta con 24 ítems organizados en 3 dimensiones o subescalas para determinar la opinión de las enfermeras en tres áreas relacionadas con la práctica: el conocimiento, el uso y las actitudes hacia la EBE. Los creadores también consideran útil esta herramienta para desarrollar y evaluar programas educacionales, políticas de desarrollo y manejo de iniciativas para enfermería y otros programas para cuidados en salud. La elección de este cuestionario parte de la necesidad de introducir en el análisis de los entornos de práctica, la opinión que tienen las enfermeras sobre sus competencias (actitud, destreza y conocimientos) hacia la PBE. Además guarda mayor coherencia de contenido con la PBE ya que sus ítems exploran conocimientos y habilidades a lo largo de todo el ciclo de la misma (formulación de la pregunta, búsqueda de la información, evaluación crítica e implementación), además de explorar posibles barreras para esta última fase. Por lo tanto este cuestionario aporta al igual que el PES-NWI la evidencia sistemática suficiente para su utilización en nuestro medio para la medición de competencias profesionales en la PBE, aplicable en actividades formativas e implementación en procesos de mejora de efectividad.^{13, 23, 24}

Ambos cuestionarios han sido validados de forma que se pueda defender su evidencia tanto en el medio hospitalario como comunitario a excepción de factor “actitud” del EBPQ, que ha mostrado una debilidad estructural, aun así la herramienta cuenta con el apoyo del equipo de investigación para su utilización. Por eso recomiendan seguir con el trabajo de validación para conseguir la mejora de la fiabilidad de esta dimensión. Las organizaciones deben trabajar para facilitar una PBE desde el punto de vista de la pérdida de competencias asociada al aumento de años de ejercicio profesional, prestando especial atención a los profesionales con experiencia intermedia ya que son los que manifiestan peores valoraciones en los dos cuestionarios y teniendo profesionales de más de 20 años de experiencia y menores de 2 años con un comportamiento similar en el uso de EBE en la práctica asistencial.¹³

2. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer e incorporar el uso de la evidencia científica en la práctica clínica de los profesionales de enfermería a nivel hospitalario como propuesta de mejora de la calidad en los cuidados.

ESPECÍFICOS

1. Revisión bibliográfica sobre el uso y la práctica de la medicina clínica basada en la evidencia científica.
2. Conocer estado de la enfermería basada en la evidencia en el entorno hospitalario.
3. Presentar los cuestionarios PES-NWI y EBPO como herramientas para la medición de la práctica basada en la evidencia y en el trabajo de enfermería.
4. Creación del aula “Enfermería en la Evidencia Científica” para la transmisión del conocimiento científico.

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

En un análisis estratégico es necesario tener bien definidos los términos que nos van a ayudar en su análisis. Hay que diferenciar entre el análisis externo e interno así como los elementos que los componen:

- Análisis interno:
 - Fortalezas: ventajas que permiten que la organización aproveche una oportunidad o haga frente a una amenaza.
 - Debilidades: limitaciones que impiden que la organización haga frente a una amenaza o aproveche una oportunidad.
- Análisis externo:
 - Amenazas: factores del entorno que pueden afectar a la capacidad de la organización para servir a sus mercados.
 - Oportunidades: factores del entorno que, si son aprovechados adecuadamente, pueden proporcionar ciertas ventajas y/o beneficios.²⁵

El entorno que se va a analizar es el uso de la evidencia científica en los profesionales de enfermería durante su trabajo asistencial en un medio hospitalario, en el que hay presentes una serie de elementos que favorecen o dificultan su implementación a la hora de ponerla en práctica aunque tengamos los resultados contrastados de las investigaciones a nuestro alcance.

ANÁLISIS INTERNO

El análisis interno se va a basar en los recursos ofrecidos por el hospital de referencia.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), un hospital es *una institución sanitaria que dispone de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, que ofrece servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los hospitales ofrecen una gran diversidad de servicios de atención generando información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión.*²⁶

La misión de este hospital tal como indican en su web, así como de su servicio de salud, es *mejorar los niveles de salud de la población mediante la prestación de servicios asistenciales especializados, de alta cualificación y complejidad. Su visión es alcanzar la excelencia integrando la atención especializada en un proceso de continuidad asistencial de alta calidad y que pone el conocimiento y la tecnología a disposición de pacientes y profesionales. Un hospital sostenible, con prácticas seguras y de calidad, ejemplo de eficacia, eficiencia y equidad. Un hospital amable para pacientes y profesionales, donde éstos encuentren un clima que favorezca su desarrollo, liderazgo y participación activa.*²⁷

Esta definición deja entender que es un hospital que favorece un ambiente para el uso del conocimiento y técnicas basadas en la evidencia científica como forma de cuidados

de alta calidad asistencial hacia los pacientes. En general esta organización está orientada a satisfacer las necesidades del paciente.

A este hospital le corresponde un total de 472.352 habitantes donde la población total de la provincia es de 644.477 habitantes en el año 2013. La plantilla de trabajadores del hospital llega hasta las 9513 personas trabajando durante todo el año en los diferentes edificios que conforman este complejo hospitalario, lo que representa el 71% de la plantilla total de su servicio de salud.²⁸ Además para mejorar la atención al paciente, el servicio de salud tiene conciertos con otros hospitales y clínicas de toda la provincia para adaptarse a las necesidades y al cuidado del paciente. La Dirección de Enfermería cuenta con unos 3159 trabajadores a su cargo, lo que supone el 33 % de la plantilla. De ese 33%, el 45% lo componen los profesionales de enfermería²⁷.

La función de enfermería donde se va a implantar el plan de mejora se basa en *proporcionar a las personas que son atendidas en el hospital y a sus familiares, cuidados de enfermería de calidad dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud, o a conseguir el mayor nivel de bienestar en cada circunstancia. Cuidados asistenciales sostenibles, dirigidos a potenciar la autonomía personal, basada en la disponible evidencia científica y prestados a través de relaciones interpersonales de máximo respeto.*²⁷ En esta misión del cuidado de enfermería ya mencionan el uso de la evidencia científica disponible en los cuidados a los pacientes, con lo que podemos afirmar que es una institución que utiliza esa herramienta, aunque no sabemos en qué medida y con qué frecuencia.

Dentro de las diversas Unidades de Enfermería que abarca el hospital, en su gran mayoría médicas y quirúrgicas, encontramos una vinculada al Área de Desarrollo en Cuidados e Innovación. Las funciones que llevan a cabo están relacionadas con:

- Calidad de Cuidados de Enfermería y Trabajos científicos.
- Formación Continuada.
- Docencia vinculada a FP, Pregrados, Postgrados, EIR, y estancias.
- Desarrollo y Soporte Programa para cuidados.
- Refuerzo Estrategias de Comunicación y Participación.
- Refuerzo conceptual y metodológico en objetivos y proyectos.

Dentro de la función de calidad en cuidados encontramos las siguientes actividades más vinculadas a establecer la evidencia científica en la práctica enfermera son:

- Liderar Grupo de Trabajo de calidad y seguridad de los cuidados (Vías venosas, RCP, UPP, Caídas, Efectos adversos, etc.)
- Añadir niveles de evidencia.
- Trabajar indicadores de evaluación y seguimiento de la calidad.
- Añadir pantallas de registro en el programa informático de cuidados de enfermería.
- Impulsar observatorio del cuidado y Procedimientos centinela.
- Impulsar sesiones clínicas de cuidados.
- Protocolos de actuación multidisciplinarios.

- Realización y actualización de procedimientos / protocolos / guías / recomendaciones al alta.
- Promover actividades científicas.

El equipo de enfermería que trabaja en esta unidad se denominada “Enfermeras de Soporte en Cuidados” en el que desarrollan los siguientes objetivos:

- Formar y prestar soporte al personal de nueva incorporación relacionado con el hospital y con el uso de programas informáticos y la calidad de los cuidados de enfermería. Nivel de usuario avanzado.
- Registro diario de actividad.
- Formar parte activa y proactiva de los Grupos de Trabajo.
- Atender a toda la demanda de incidencias o ayuda.

Por un lado se encargan del desarrollo e implementación de las distintas aplicaciones informáticas destinadas a las enfermeras relacionadas con la actividad asistencial. Además del mantenimiento y actualización del programa de registro de cuidados tanto para enfermería como para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, cuando realizan alguna modificación del mismo. La gran importancia del programa es que se hagan los registros de forma adecuada para que los datos se puedan usar en futuras investigaciones. Por ello se encargan de resolver dudas por las unidades de enfermería del hospital cuando hacen algún cambio en el programa y de dar sesiones de formación a los profesionales de nueva incorporación en el hospital. También ofrecen videos explicativos del uso de este programa y de la historia informatizada en la web de hospital a modo de consulta si se tienen alguna duda.

Por otro lado, otra actividad propia de la unidad es la actualización cada cierto tiempo de los protocolos, procedimientos y guías que se encuentran colgados en la web del hospital en función a los cambios producidos en la bibliografía más reciente. Respondiendo a la función de colaborar en la mejora de la calidad de los cuidados a través del manejo adecuado, la explotación óptima y el desarrollo de mejoras en los actuales de los sistemas de información, más concretamente en los utilizados para los cuidados de los pacientes. Así como a la función de participar en el diseño, implantación y evaluación de la aplicación, de planes de cuidados, pautas de actuación y guías de práctica clínica.

Por último tienen una función muy destacada de gestionar y liderar los cuidados de enfermería para impulsar y facilitar la gestión del conocimiento, facilitar y potenciar la participación activa de los profesionales en la mejora de los cuidados y apoyar las actividades formativas de los programas de formación continuada.

En la web para los trabajadores del hospital están colgados una serie de recursos materiales como los procedimientos, protocolos y las denominadas píldoras del conocimiento (algoritmos para actuar en diferentes estados de salud del paciente) dentro del espacio reservado a las Unidades de Enfermería que ayuda a resolver dudas en la atención al paciente y mejora la percepción del paciente sobre los cuidados que está recibiendo.

En otro apartado denominado Gestión del Conocimiento hay una serie de recursos y programas de formación ofrecidos por el propio hospital, el Servicio de Salud de la comunidad y otros recursos de utilidad que se pueden encontrar en internet, así como enlaces a diferentes revistas de enfermería.

En los recursos antes mencionados, podemos encontrar lo siguiente:

- Hospital:
 - Cursos de formación continuada
 - Sesiones clínicas del cuidado
 - Aulario virtual
 - Parainformación virtual
 - Video procedimientos
- Gobierno de Navarra:
 - Plan Docente del Departamento de Salud
 - Biblioteca virtual
 - Formación y desarrollo INAP
 - Vascuence e idiomas comunitarios
- Internet:
 - Guías de Práctica Clínica
 - Bases de datos
 - Formación general
 - Ayudas, becas y premios
 - Congresos, jornadas y cursos
 - Organizaciones profesionales

La accesibilidad a la información basada en evidencia para enfermería dentro de este complejo hospitalario es totalmente aceptable, con una unidad de enfermería específica dedicada al mantenimiento de la misma y unos recursos actualizados y disponibles en todo momento durante la jornada laboral. Esto corrobora la misión del hospital y la función de enfermería de proporcionar cuidados asistenciales con la evidencia científica disponible. Por el contrario la web no abarca de momento, todos los procedimientos y protocolos que a veces son necesarios en las unidades. Otro problema encontrado es que no hay registros ni datos del uso de los recursos disponibles por lo que no sabemos el porcentaje de enfermeras que basan su actividad en la evidencia.

ANÁLISIS EXTERNO

En el análisis externo se van a organizar las ideas obtenidas de la revisión bibliográfica sobre cómo se sobrelleva el tema en diferentes hospitales y que es lo que más afecta a enfermería según sus datos y registros.

Se puede observar un privilegio a los resultados de los ensayos clínicos y poca importancia a los estudios cualitativos igual de importantes en para enfermería. Hay una

falta en formación de búsquedas bibliográfica y análisis de datos, la interpretación de los resultados de los ensayos se ve afectada y poco práctica. Los profesionales de enfermería manifiestan la falta de tiempo para las actividades de investigación y de liderazgo que acaba afectando a una escasez de evidencias disponibles debido a que muchas no terminan de registrar sus actividades asistenciales y los resultados que ayuden a establecer investigaciones sobre las tareas de enfermería. Esto depende del concepto que tenga cada enfermera y la importancia que le dé a la investigación como mejora para la profesión y los cuidados del paciente.

El uso de la evidencia favorece la optimización de los recursos hospitalarios al explicar qué es lo que hay que usar y cómo usarlo, así como la autonomía de la enfermería que en la asistencia especializada queda algo limitada. También se debería destacar que los profesionales de enfermería que más usan la evidencia en la práctica asistencial suelen ser aquellos con estudio de posgrados.

En ocasiones los gobiernos inhiben la práctica clínica innovadora en enfermería a causa de la poca cultura de cambio en el entorno hospitalario, la falta de recursos humanos con habilidades en investigación, falta de apoyo por parte de las instituciones y la medicalización del sistema sanitario dificultando a enfermería desarrollar investigación sobre el cuidado. Pero sobre todo, debido a la escasez de recursos económicos para fomentar el desarrollo de investigaciones ya que requiere grandes aportaciones de dinero que en el momento económico en el que nos encontramos no lo consideran viable. Esto hace que muchos profesionales de la enfermería lleguen a pensar que la evidencia generada de las investigaciones es poco práctica, por ello una de las funciones de las instituciones sanitarias es evitar la pérdida de competencias asociado al número de años de ejercicio profesional.

Los hospitales y demás instituciones sanitarias tienen que ver que la evidencia fomenta el desarrollo profesional tanto en la práctica asistencial como en la teoría, integrando la experiencia con la mejor evidencia disponible y disminuyendo la variabilidad en los cuidados y cambiando la visión social de la enfermería. Ayudando a crear interés en las propias enfermeras para mejorar los cuidados, hacer avanzar a la profesión, dar mayor importancia al liderazgo como factor más valorado por enfermería para conseguir práctica basada en evidencia e incluir puestos específicos para enfermeras gestoras.

MATRIZ DAFO

Visualmente la matriz DAFO va a ayudar a organizar las características de ambos entornos interno y externo en los cuatro elementos que componen la matriz y que anteriormente se han explicado: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

MEDIO INTERNO	MEDIO EXTERNO
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Poca variedad de procedimientos y protocolos actualizados y colgados en la web del hospital • No se mide la EBE por lo que no hay un registro de datos, y no conocemos el estado real de su uso por parte de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo para las actividades de investigación • Falta de liderazgo en enfermería. • Escasez de evidencias disponibles en enfermería. • Poca cultura de cambio en el entorno hospitalario. • Escasez de recursos humanos con habilidades en investigación.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Fácil accesibilidad y disponibilidad de los recursos. • Disponibilidad de una Unidad de Enfermería que se dedica a mantener un buen procedimiento en el cuidado. • El hospital favorece un ambiente para el uso del conocimiento y técnicas basadas en la evidencia científica como forma de cuidados de alta calidad asistencial hacia los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • La práctica basada en la evidencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la optimización de los recursos hospitalarios. ○ Aumenta la autonomía de la enfermera en su trabajo. ○ Fomenta el desarrollo profesional tanto en la práctica asistencial como en la teoría. ○ Integra la experiencia con la mejor evidencia disponible disminuyendo la variabilidad en los cuidados y cambiando la visión social de la enfermería • Las enfermeras con estudios de posgrado son los profesionales que más usan la PBE.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención a realizar en la organización hospitalaria se va a basar en mejorar la transmisión de la información con evidencia científica al personal de enfermería que se encuentra trabajando en el centro.

Como cita De Pedro Gómez, la transferencia de conocimientos se define como el *intercambio, síntesis y aplicación terapéutica éticamente racional de conocimientos dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, para acelerar la captura de los beneficios de la investigación para una mejor salud, a través de servicios más eficaces, fortaleciendo el sistema de salud.*¹³ Una vez asimilado, se puede entender por qué el movimiento interdisciplinar para una práctica basada en la evidencia inserta la transferencia del conocimiento para su utilización por los profesionales clínicos como un elemento básico dentro del proceso de toma de decisiones. Originariamente este movimiento surge de la crisis que está generando el acceso a la información y a la escasa aplicación del conocimiento con independencia de su nivel de evidencia o importancia para la práctica clínica. Con los consiguientes problemas de variabilidad en la atención y en los resultados de la misma, más en concreto en el ámbito de los cuidados y la atención de enfermería.

Se ha demostrado que la aplicación más exitosa de la investigación se produce cuando la evidencia es científicamente sólida y coincide con el consenso profesional y las necesidades del paciente, la cultura del contexto es receptiva a los cambios, el liderazgo es fuerte y existe un adecuado seguimiento y sistemas de retroalimentación, y cuando hay facilitación apropiada para el cambio tanto en el medio interno como en el externo.¹³ Es decir, que una implementación exitosa de la evidencia en la práctica asistencial va a depender de la relación entre la propia evidencia (ej. relevancia de la información o facilidad de su uso), el contexto (ej. apoyo al liderazgo, compromiso o infraestructuras, detectando los puntos positivos y negativos de contexto) y la facilitación, totalmente necesaria para que la implementación tenga éxito, haciendo más sencillo el proceso de aplicación de la evidencia a la práctica. Kitson et al hipotetizaron que la facilitación podría ser más efectiva después de realizar un diagnóstico del contexto y una evaluación de la percepción de la evidencia de los profesionales sanitarios y de las preferencias de los pacientes.²⁹

Para realizar la transmisión del conocimiento nos basaremos en una de las cuatro estrategias con mayor relevancia en la literatura publicada que son: The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS), The Ottawa Model for Research Use (OMRU), Diffusion Theory and the Spread of Ideas y The Quality Enhancement Research Initiative (QUERI).

En este caso utilizaremos la estrategia OMRU, desarrollada por Logan y Graham³⁰ en 1998 a causa de la falta de modelos prácticos para promover el uso de la investigación. Su objetivo se basó en aumentar el uso de la investigación en salud por parte de los profesionales así como por los investigadores interesados en estudiar el proceso por el cual se integra la investigación en la práctica clínica. Los elementos del modelo están apoyados por la evidencia disponible y se extraen principalmente de la literatura sobre el uso de la investigación, la difusión de la innovación, el cambio en el comportamiento

médico y el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica. La OMRU se compone de seis elementos clave:

1. Entorno práctico. Dirige la atención a identificar, describir y evaluar las influencias que tiene el entorno en los profesionales, investigadores y políticos.
2. Adoptadores potenciales. La OMRU enfatiza la necesidad de considerar el cambio propuesto desde la perspectiva de los adoptantes potenciales e identificar y comprender todas las consideraciones científicas o no, que puedan influir en la adopción de la evidencia.
3. Evidencia basada en innovación. La finalidad es que esa innovación interactúe con los posibles adoptantes para que surja interés y la pongan en práctica.
4. Estrategias para transferir la evidencia a la práctica. Estas estrategias van desde esfuerzos planificados pasivos (difusión) tales como publicaciones de investigaciones o guías de práctica clínica, focalizar y adaptar la evidencia a un público particular (diseminación) y fomentar la adopción de las pruebas (implementación). La evidencia indica que las estrategias que funcionan para una disciplina, no tienen por qué ser efectivas en otras. La OMRU sugiere que el enfoque más eficaz para la aplicación de pruebas de investigación probablemente recae en la adaptación de las estrategias de transferencia de las barreras más destacadas y apoyos que se encuentran dentro del entorno particular. A más barreras abordadas por las estrategias de transferencia, mayor es el uso de la innovación basada en la evidencia.
5. Adopción y uso de la evidencia. La adopción hace uso de una innovación como la mejor acción disponible y representa un cambio en el comportamiento. Monitorizando el proceso de adopción, se puede determinar si la innovación está siendo utilizada como tiene que ser, si se ha adaptado a las condiciones locales, si no se podrá seguir usando como estaba previsto o si se ha aprobado y posteriormente abandonado.
6. Resultados en salud. Representan el impacto del uso de la evidencia basada en la innovación. Los resultados directos se podrán presentar a los pacientes y sus familiares, profesionales y los de tipo económico al sistema sanitario. Lo necesario para monitorizar y evaluar los resultados de su uso en investigación, se ve reforzada por los resultados imprevistos, tanto positivos como negativos. Es sólo mediante la evaluación del impacto de la evidencia basada en innovaciones como su verdadero valor se puede determinar.

Este marco teórico se puede clasificar como un modelo interactivo y dinámico del uso de las investigaciones en salud en el cual se conectan las decisiones y acciones de los distintos elementos del modelo, por consiguiente estamos hablando de un modelo en el cual sus elementos se influyen entre sí. Como los pacientes y los resultados en su salud es uno de los objetivos principales de la práctica basada en la evidencia, una característica de la OMRU es que los pacientes jueguen un papel en todos los aspectos del proceso y además deben ser considerados en cada elemento del modelo.³⁰

Una herramienta integrada a la OMRU y que también se explica en el último artículo mencionado, es la AME (Assess, Monitor and Evaluate) que se encarga de realizar la valoración sistemática, la monitorización y la evaluación de los elementos del modelo antes, durante y después de cualquier transferencia de la investigación.

La valoración sistemática se considera la evaluación de las barreras y apoyos, engloba la innovación basada en la evidencia, los adoptadores potenciales y el entorno práctico. La monitorización o vigilancia de la intervención y el grado de utilización incluye las estrategias de transferencia de la evidencia de manera que el plan de acción se seleccione y adapte para superar las barreras identificadas. Por último, la evaluación de los resultados sirve para determinar si la innovación está produciendo el efecto deseado. La retroalimentación de cada uno de los elementos significa una supervisión permanente de las barreras y apoya todo el proceso de aplicación.^{13,30}

Este marco teórico se puede esquematizar y resumir de la siguiente forma:

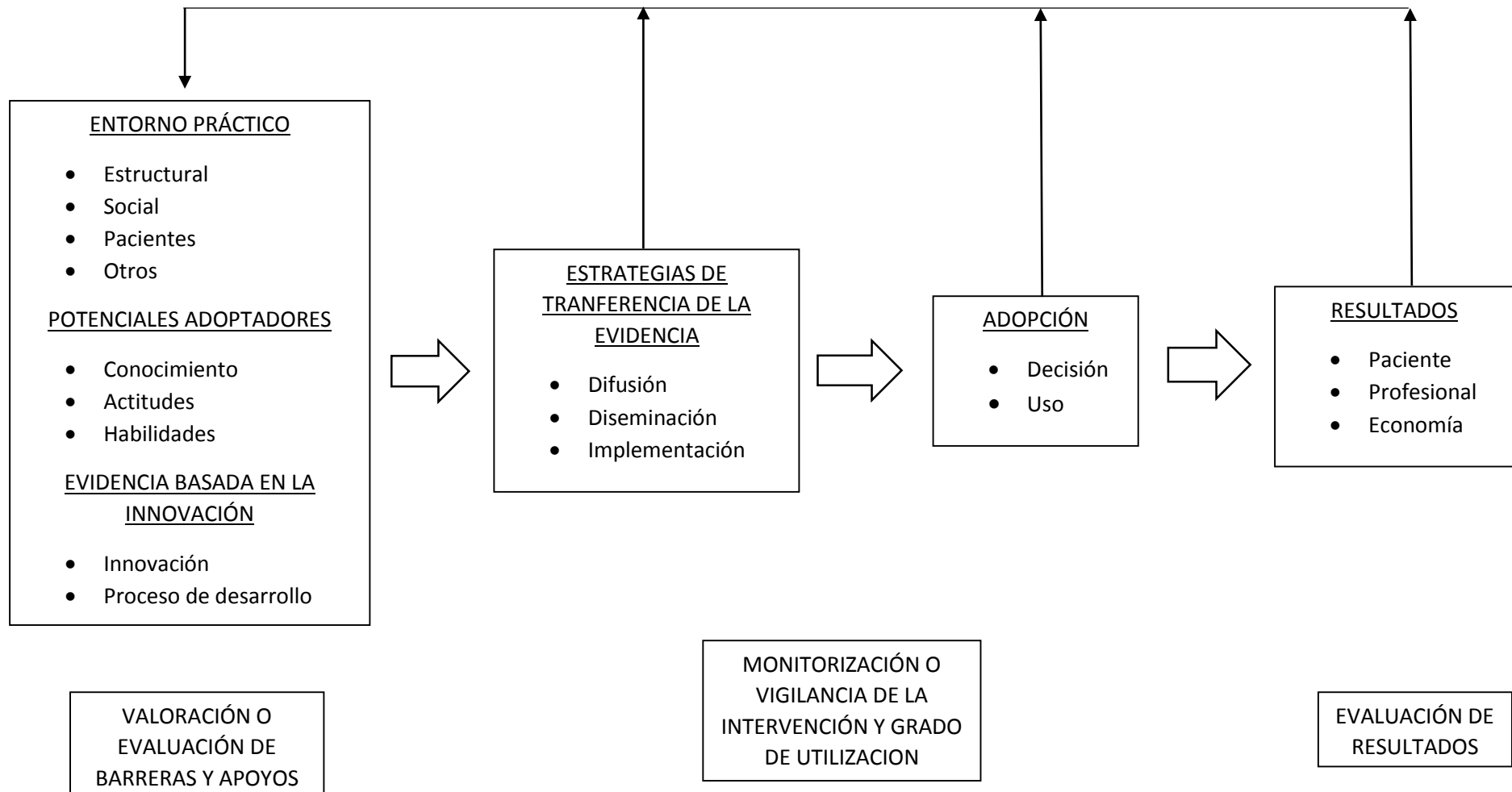


Figura 4. The Ottawa Model for Research Use (OMRU). Logan J, Graham ID. Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. Science Communication. 1998. Vol.20 nº2. 227-246.

Una vez explicado el marco teórico de referencia pondremos en marcha la elaboración de la intervención, en este caso es llevar a cabo una transferencia de información basada en la evidencia al equipo de enfermería.

El objetivo de la intervención es mantener y mejorar el conocimiento basado en la evidencia científica de técnicas, materiales y cuidados para asegurar la calidad en la atención al paciente con la creación de un aula en el medio hospitalario denominada “Enfermería en la Evidencia”.

Como objetivos específicos que se espera conseguir con esta intervención se enumeran los siguientes:

1. Mantener alta la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos por el personal de enfermería durante su ingreso hospitalario.
2. Resolución de dudas teóricas o prácticas que puedan surgir en el equipo de enfermería durante el desempeño de su trabajo.
3. Mantener a las supervisoras de enfermería en conocimiento de las actividades que se desarrollarán en el aula para que las comunique a su personal.
4. Aumentar el rendimiento en el trabajo y capacidad de actuación en la toma de decisiones durante la jornada laboral que desembocará en un aumento de la autonomía de las enfermeras.
5. Trasmitir ese conocimiento basado en la evidencia científica a los alumnos de enfermería en prácticas y mediante una buena comunicación a los pacientes con un lenguaje que puedan entender.

Siguiendo el esquema del modelo de la OMRU, la intervención se realizará de la siguiente manera.

VALORACIÓN O EVALUACIÓN DE LAS BARRERAS Y APOYOS

Vamos a analizar el entorno práctico, los adoptantes potenciales y la evidencia basada en la innovación.

En cuanto a la evaluación de las barreras y apoyos ya se ha analizado previamente en el apartado de análisis estratégico de la organización hospitalaria por lo tanto en esta atapa aprovecharemos las oportunidades y fortalezas que nos ofrece el entorno e intentaremos mejorar las barreras y amenazas que se encuentren presentes en él.

El entorno práctico del hospital nos ofrece estructuralmente una sala que ya utilizan como aula para la formación, por lo tanto ya contamos con esa infraestructura donde podremos dar las sesiones de transferencia de conocimientos mediante la denominación de esas sesiones como “Enfermería en la Evidencia”. La sesiones serán impartidas por los componentes de la Unidad de Desarrollo e Innovación tanto de mañana como de tarde y una vez a la semana, y que contamos con personal en esta unidad trabajando en ambos turnos. De esta manera favorecemos la participación del mayor número de enfermeras que estén interesadas. También dará la oportunidad de

convertirse en un punto social donde coincidirán diferentes profesionales de enfermería de las distintas especialidades del hospital donde puedan contar su experiencia en cada una de sus unidades con el contacto y uso que tienen sobre la evidencia. Los pacientes en este caso no serán incluidos en el paso de conocimientos en el aula, pero sí de parte de su enfermera de referencia cuando vaya a realizarle los cuidados, ya que como ya se ha dicho antes el principal objetivo del uso de la evidencia es mejorar los resultados en salud de los pacientes.

Los potenciales adoptadores son representados por los profesionales de enfermería que trabajen en el hospital. Aparte de los conocimientos adquiridos durante la formación académica, se darán a conocer la información evidenciada disponible en el hospital para el uso por los trabajadores de procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica para enfermería. Para que esta intervención se pueda realizar, es necesario que los profesionales que vayan a participar tengan una actitud y habilidad adecuada para el uso de la evidencia, no solo como beneficio de los pacientes sino también para el desarrollo de la profesión en este campo. Que entiendan que los resultados obtenidos pueden ayudar al inicio de estudios de investigación sobre la ciencia enfermera.

La evidencia basada en la innovación debe ser lo suficientemente interesante para que motive y cree curiosidad e interés en los profesionales, por ello los temas a tratar en el aula podrán ser solicitados por los profesionales y que el resto de temas se basen en las últimas investigaciones para mantener a los trabajadores en el mejor conocimiento y actualizado sobre las últimas novedades en la profesión.

MONITORIZACIÓN O VIGILANCIA DE LA INTERVENCIÓN Y GRADO DE UTILIZACIÓN

En las estrategias para la transferencia de la evidencia vamos a diferenciar tres fases, difusión, diseminación e implementación. Según la RAE, la difusión se conoce como un proceso de propagación o divulgación de conocimientos, la diseminación como el esparcimiento o la dispersión de algo por distintos lugares y por último la implementación se refiere a poner en funcionamiento o aplicar métodos y medidas necesarias para llevar algo a cabo.

La difusión de la información se llevará a cabo en el aula. Lo primero a trabajar será dar a conocer la importancia que tiene en los cuidados el uso de procedimientos basados en datos contrastados en estudios de investigación, ya sean ensayos clínicos o estudios cualitativos. También la necesidad de un buen liderazgo como apoyo al equipo de enfermería y como factor principal para una buena implementación de la intervención. De esta manera pretendemos concienciar a los profesionales para que se preocupen en averiguar de dónde proviene la información que están aplicando y que no realicen intervenciones basados en el “siempre se ha hecho así”. Lo segundo es darles recursos donde puedan buscar procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica para que puedan buscar la que más apropiada les resulte y poder llevarla a la práctica. El disponer

de estas herramientas favorece la autonomía de la enfermería a la hora de aplicar los procedimientos, ya que es el propio personal el que decide cual es la más adecuada según las necesidades y deseos del paciente, sin la necesidad de consultarlo con otro profesional. Principalmente se puede acudir a la web del propio hospital donde los profesionales de enfermería tienen una serie de procedimientos y protocolos revisados y basados en la mejor evidencia disponible. Además el que esté disponible para todos los trabajadores ayuda a que todos apliquen los cuidados de la misma forma, lo que favorece la disminución de la variabilidad en los cuidados.

Un recurso muy utilizado es el portal Guía Salud, se describe como un organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las diecisiete Comunidades Autónomas del país. Fue creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS. Su misión es potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisión de los profesionales y de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación entre entidades relacionadas con las Guías de Práctica Clínica (GPC) y la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Por lo tanto en este portal podemos encontrar mayoritariamente guías de práctica clínica, metodología para elaborar una GPC, formación, asesoría y apoyo técnico. El principal problema de esta página y que en general es un problema de las GPC es que hay una falta de actualización cuando alguna de las guías caduca, muy pocas son revisadas y actualizadas.³¹

Otro recurso muy interesante es la web *evidenciaencuidados*, hace referencia al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (CCEIJB) para los cuidados de salud basados en la evidencia. Forma parte de la Colaboración Internacional Joanna Briggs y se encuentra ubicado en la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud en el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Tal como indican en la web, los centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs (IJB) promueven la práctica de cuidados basados en la evidencia a nivel mundial, a través de la búsqueda y valoración de la evidencia científica, la divulgación de la mejor evidencia disponible, su implantación en la práctica clínica y la evaluación del impacto que la utilización de la evidencia tiene sobre la salud. Sus actividades se dirigen fundamentalmente a las disciplinas de enfermería, matronas, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia ocupacional y en general a los profesionales de la salud, así como a los usuarios de los servicios de salud, sus familias y cuidadores. Lo que ofrece esta web son de nuevo GPC pero en este caso mucho más actualizadas, revisiones sistemáticas y los BPIS (Best Practice Information Sheet) que son una serie de publicaciones derivadas de revisiones sistemáticas realizadas por el Instituto Joanna Briggs y sus Centros Colaboradores. Están diseñadas específicamente para profesionales de la práctica clínica y tiene una gran distribución a nivel internacional, abriendo camino a un gran número de profesionales sanitarios para lograr la mejor evidencia disponible. También imparten talleres y cursos para los profesionales interesados en esta materia.³²

Recientemente en una noticia con fecha de diciembre de 2014 se decía lo siguiente:

“El Gobierno de la Comunidad va a colaborar con el Instituto Joanna Briggs para el desarrollo de la práctica clínica de enfermería basada en la evidencia con el objetivo de homogeneizar la práctica enfermera a nivel estatal y uniéndose a otras catorce comunidades autónomas las cuales ya estaban suscritas en el convenio. Con esta suscripción, además del reconocimiento público de ser miembro colaborador, se tienen ventajas como el acceso a los recursos y a todas las publicaciones del Instituto Joanna Briggs, publicaciones en la página web del Instituto y el mantenimiento del liderazgo dentro de la estrategia puesta en marcha por el Instituto de Salud Carlos III para la promoción y el desarrollo de la investigación en cuidados, en el ámbito nacional e internacional de la salud de la población, la implantación de cuidados basados en la evidencia y la mejor utilización de los recursos.

Las partes se comprometen a financiar las actividades científicas que deben ser realizadas para ser miembro colaborador, como la revisión sistemática anual sobre un tema a elegir, la realización de talleres y cursos, la configuración en común de los comités de seguimiento y científico, asistir a las reuniones del comité de seguimiento y a una reunión anual de directores de los centros colaboradores, y a difundir la labor del centro colaborador. El centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs de Australia (JBI) contará con un comité de seguimiento formado por un representante de cada comunidad autónoma financiadora del centro colaborador y habrá también un comité científico que se encargará del desarrollo y promoción de la práctica clínica basada en la evidencia, de la evaluación y la asesoría en las actividades del centro colaborador. Ambos comités se reunirán, como mínimo, dos veces en el periodo de vigencia del convenio.”³³

En la web del hospital especifican en qué consiste y qué es lo que quieren conseguir con esta colaboración. Según explican, este programa consiste en la implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados de la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) en un período de tres años con la tutela del Centro Colaborador Español JBI. Para ello se han elegido guías que pudieran ser utilizadas en diferentes unidades y niveles asistenciales (especializada, atención primaria y salud mental) y que su aplicación reportara una unificación de los cuidados. Las guías elegidas han sido las siguientes:

- Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir complicaciones.
- Valoración y prevención de las úlceras por presión.
- Valoración del ictus mediante atención continuada.

Respecto a qué es lo que este hospital pretende conseguir con esta colaboración lo primero es crear una cultura de trabajo con la evidencia en los cuidados que ayude a disminuir su variabilidad, también pretenden actualizar procedimientos y recomendaciones, incorporar prácticas de evaluación continua de resultados y por último fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares.

Una herramienta muy útil elaborada por la Junta de Andalucía es el Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PI-CUIDA). Lo que pretenden es impulsar el cuidado excelente en la comunidad dando a enfermería presencia en la organización sanitaria a través de

los valores que conlleva en el cuidado integral, la promoción de la salud y la relación de ayuda. Uno de los apartados que han desarrollado son documentos de apoyo compuesto por cuestionarios, test e índices de valoración de enfermería para su uso clínico tanto los del manual general como los específicos de salud mental, ordenados según los patrones funcionales de M. Gordon. Son herramientas muy útiles para la valoración del paciente según sus necesidades y así adaptar y aplicar las GPC, procedimientos o protocolos.³⁴

Otros recursos informáticos de evidencia en cuidados son la Biblioteca Cochrane, las guías NICE del NHS (National Health Service), guías SIGN, la base de datos CUIDEN y CUIDEN Evidencia, CINAHL, Scielo o las diferentes revistas con recursos de investigación.¹⁹

Por último se les enseñará a realizar búsquedas bibliográficas en las distintas bases de datos libres y a las que el gobierno de la comunidad tiene acceso por convenio para sean ellos los que busquen información sobre temas que les interesen y que puedan serles útiles para su trabajo.

La diseminación de la creación del aula “Enfermería en la evidencia” se realizará por todo el hospital para conseguir captar al mayor número de profesionales de enfermería posibles. Se utilizarán carteles informativos y correos a los distintos supervisores de enfermería para que comunique la creación del aula en las distintas reuniones que hacen con su personal. Los lugares de elección para la colocación de los carteles serán tanto los comunes como pueden los vestuarios o la cafetería así como en los controles de enfermería de cada unidad de enfermería del hospital. La información que se hará constar en los carteles es el objetivo que se quiere conseguir con la creación del aula y con las sesiones y qué es lo que se va a impartir en cada una de ellas así como la mejora que ello supondría en los cuidados de enfermería. Además tendrán la oportunidad de sugerir temas para resolución de dudas, aportar ideas, conocimientos que deseen adquirir o actualizar o incluso fallos en los cuidados que crean que se puedan corregir y mejorar a través de un correo electrónico que aparecerá en los carteles y en los correos enviados a los supervisores de cada unidad de enfermería.

La implantación de la propuesta de intervención se desarrollará en dos fases. La primera de ellas se centrará en dar a conocer la creación del aula y con lo ya dicho en la diseminación para intentar fomentar la participación del mayor número de personal de enfermería posible, ya se dediquen a la asistencia o a la gestión como ocurre con los supervisores o jefes de enfermería. A todos aquellos que confirmen la asistencia se les enviará por correo electrónico los cuestionarios PES-NWI y EBPQ para conocer el estado actual del uso de la EBE y de su entorno en el trabajo. Cuando se tengan todas las respuestas se analizarán los datos y una vez hechas las conclusiones se les enviarán para que conozcan la realidad del estado de la EBE y como ello afecta al entorno de trabajo. A los pacientes que se encuentren en las unidades correspondientes a los profesionales que asistan al aula, también se les pasará un cuestionario, en este caso uno de satisfacción con los cuidados de enfermería llamado LOPSS 12.

Las sesiones (que se corresponden con la segunda fase) tendrán lugar tanto por la mañana como por la tarde para dar la oportunidad de asistencia al mayor número de personas y una vez a la semana según el contenido de cada tema. Las sesiones se impartirán por los trabajadores de la Unidad de Desarrollo del Cuidado e Innovación y tratarán sobre los siguientes temas:

1. Introducción sobre la enfermería basada en la evidencia.
2. Realización de búsquedas bibliográficas en las distintas bases de datos.
3. Liderazgo y motivación. Este tema estaría más orientado a supervisores de planta para que aprendan como manejar y tener a un equipo satisfecho con su trabajo y con el ambiente. Y que esto fomente el uso de la práctica clínica basada en la evidencia. Aun así todo el que quiera podrá acudir.
4. Recursos informáticos y herramientas para unos cuidados de calidad. Presentación de Guía Salud, el Instituto Johanna Briggs, la web del hospital y demás recursos informáticos.
5. Temas o dudas propuestas por los participantes y forma de evaluación de las sesiones.

Estas sesiones se podrán volver a repetir en otra edición si ha habido gente que no ha podido apuntarse y realmente están interesados en adquirir estos conocimientos.

Respecto a la adopción y uso de la evidencia serán los propios profesionales que una vez adquiridos los conocimientos y herramientas suficientes elijan y tomen decisiones de forma autónoma según criterios y necesidades de los pacientes. Se pondrán en práctica las GPC, resultados de estudios o demás herramientas disponibles que sean posibles usarlos y adaptarlos su entorno de trabajo. Además los participantes a las sesiones podrán transmitir los conocimientos aprendidos a sus pacientes, alumnos de enfermería y a otros profesionales adaptando el lenguaje a cada uno de ellos.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados serán evaluados sobre tres elementos, los pacientes, los profesionales y el presupuesto económico.

Tal como marca la evidencia, en los pacientes tendría que notarse una mejora en la recuperación de su problema de salud debido a que los cuidados que se les están aportando cuentan con la mejor calidad prevista actualmente. También en los propios pacientes mejoraría la percepción de los cuidados que reciben. Para conocer esta opinión se repartirán las encuestas de satisfacción (LOPSS 12) a los pacientes sobre los cuidados de enfermería realizados anteriormente a la puesta en práctica de lo propuesto en el aula y posteriormente a ella. De esta manera se compararían resultados y se podrían encontrar diferencias o similitudes entre las diferentes prácticas del cuidado.

Indicador:

- Aumento de la puntuación en el cuestionario LOPPS una vez realizadas las intervenciones basadas en la evidencia en dos puntos sobre los cuestionarios antes de empezar las sesiones en el aula.

El cuestionario La Monica-Oberts Patient Satisfaction (LOPSS) es una escala que mide la satisfacción del paciente ante los cuidados recibidos por los profesionales de enfermería dentro del marco hospitalario y además es adaptable a las diferentes poblaciones de pacientes hospitalizados. Está compuesta por 41 ítems que describen conductas de enfermería, 17 de ellos están redactados en forma negativa y los restantes en forma positiva, con una estructura en escala de Likert en un rango del 1 al 7. Para hacer más sencillo este cuestionario hay una versión modificada llamada LOPSS 12 cuyo número de ítems son 12 y la escala Likert va del rango 1 al 5.^{35,36}

Para evaluar los resultados en los profesionales se les volverá a pasar los cuestionarios PES-NWI y EBPQ dos meses después para comparar los resultados con los obtenidos en su primera realización antes de acudir al aula "Enfermería en la Evidencia". También los profesionales tendrían que reportar un aumento de autonomía a la hora de realizar sus actividades asistenciales.

Indicador:

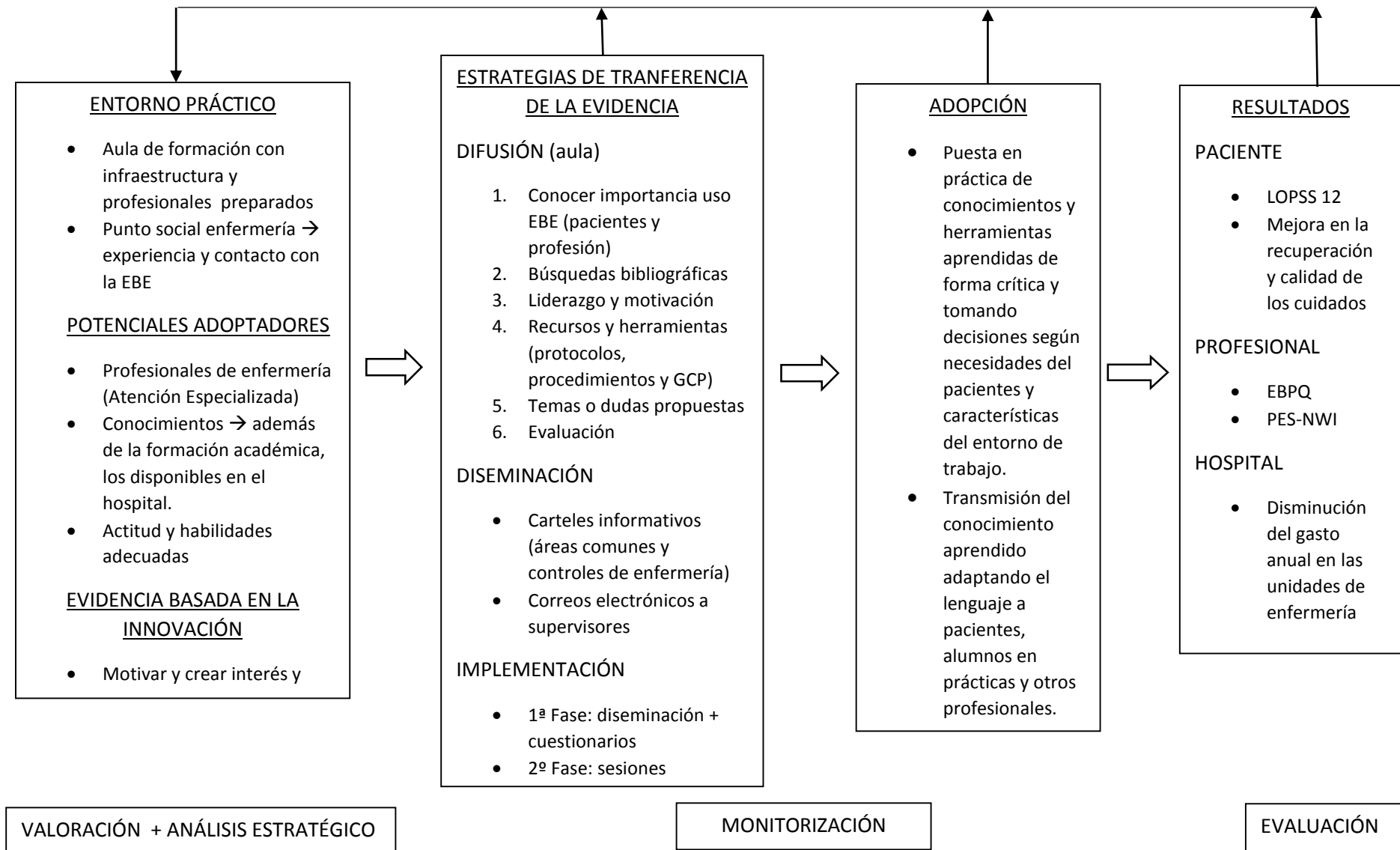
- Aumento de la puntuación en los cuestionarios PES-NWI y EBPQ a los dos meses de realizar las sesiones en el aula en tres puntos, respecto a los realizados antes de empezar las sesiones.

En cuanto al efecto económico que pueda verse en el sistema sanitario o en los prepuestos para el hospital, será un proceso a largo plazo que podrá notarse en que los gastos anuales de las unidades de enfermería se verán paulatinamente disminuidos debido al mejor aprovechamiento de los recursos.

Indicador:

- Disminución de un 10% del gasto sanitario anual (material y gasto medio por paciente) de las unidades de enfermería del hospital tras la aplicación de las medidas basadas en evidencia por las enfermeras.

A continuación se muestra un resumen en forma de esquema de la propuesta de intervención basada en el modelo The Ottawa Model for Research Use (OMRU):



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Freddi G., Romàn-Pumar JL. Evidence-based medicine: what it can and cannot do. *Ann Ist Super Sanita* 2011. Vol.47. Nº 1: 22-25.
2. Maestre Uhía JM, Del Carmen Ocampo Ospino C, Useche Amarís NS, Trout Guardiola GO. Medicina basada en la evidencia: revisión del concepto. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary.* 2012. Vol. 9. Nº2: 159-166.
3. Zimerman AL. History of medicine. Evidence-based medicine: A short history of a modern medical movement. *American Medical Association Journal of Ethics.* 2013. Vol. 15. Nº 1: 71-76.
4. Stravrou A., Challoumas D., Dimitrakakis G. Archibald Cochrane (1909-1988): the father of evidence-based medicine. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery* 2014. Vol. 18: 121-124.
5. Urra Medina E., Barria Pailaquilén RM. La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Rv. Latino-Am. Enfermagem.* 2010. 18(4)[08 pantallas].
6. Lifshitz A. La crisis de la medicina basada en evidencias. *Gaceta médica de México.* 2014; Nº150: 393-394.
7. Llorente-Parrado C., Grande-Arnesto M. Práctica basada en la evidencia: un reto en tiempo de crisis. *Apuntes de ciencia - Boletín científico HGUCR.* 2011. Vol 1. Nº3: 6-15.
8. Stevens KR. Evidence-based practice: destination or journey?. *Nurs Outlook.* 2010;58(6): 273-275.
9. Fernández –Samos R. Las sombras de la medicina basada en la evidencia. Una revisión narrativa. *Revista española de investigaciones quirúrgicas.* 2011. Vol. XIV nº:1 (45-54)
10. Gea-Sánchez M. Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario. *Enfermería Clínica.* 2010;20(5):313-314
11. McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evid Based Nurs* 2001;4(3):68-69
12. Munro CL. The “Lady with the lamp” illuminates critical care today. *American journal of critical care.* 2010 Vol. 19, nº4; 315-317
13. De Pedro Gómez J., Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universitat de Les Illes Balears. Institut Universitari de Recerca en Ciències de la Salut. 2009.
14. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. *Investigación y educación en enfermería.* 2010 Vol.28. Nº1: 108-118.
15. Varela Curto MD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. *Asociación Española de enfermería en Urología (ENFURO)* 2012. Nº121 (1): 19-21.
16. Bostrom AM, Rudman A, Ehrenberg A, Gustavsson JP, Wallin L. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden : a national

- cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2013. 13:165. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/165 Consultado en Enero de 2015.
17. Pearson A, Field J, Jordan Z. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia. Madrid: McGraw-Hill; 2008. 193 págs. INBS: 978-84-481-6398-3
 18. Marqués Andrés S. Enfermería basada en la evidencia, subjetividad e investigación. Arch Memoria (en línea). 2012; (9 fasc. 1). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9100.php>
 19. Urquiza Gómez JL. La necesidad de certificar las prácticas basadas en evidencias ¿Por quién y para qué? ENE, Revista de enfermería. 2014. Vol. 8 Nº2. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs>
 20. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. BMC Health Services Research. 2010 12: 367. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/367>. Consultado en Enero de 2015.
 21. De Pedro Gómez J., Morales-Asencio JM., Sesé Abad A., Bennasar Veny M., Artigues Vives G., Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala de práctica enfermera del nursing work index. Metas de enfermería. 2009. 12(7):65-73.
 22. De Pedro Gómez J., Morales-Asencio JM., Sesé Abad A., Bennasar Veny M., Artigues Vives G., Perelló Campaner C. 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. Sanitaria. 2011; 25(3):191-197.
 23. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev Esp. Salud Pública. 2009;83; 577-589
 24. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. JAdv Nursing.2006;54(4). 454-458.
 25. González de Dios J. Análisis DAFO (Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de la Medicina Basada en la Evidencia. Mesa redonda: Evidencia científica en Pediatría ¿Qué hay de nuevo? Bol. SPAO 2008; 2 (1).
 26. Organización mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>. Consultado en Febrero de 2015.
 27. Complejo Hospitalario de Navarra. Intranet para trabajadores del Complejo. Consultado en Febrero y Marzo de 2015.
 28. Memoria 2013. Servicio Navarro de Salud. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14953FD6146B813D19/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf> Consultado en Febrero de 2015.
 29. Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID, Digel Vandyk A, Keeping-Burke L. Turning knowledge into action at the Point-Care: The collective experience of nurses

- facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2013; 10:3, 129-139.
30. Logan J, Graham ID. Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*. 1998. Vol.20 nº2. 227-246.
 31. Guia Salud. Disponible en: www.guiasalud.es Consultado en Marzo de 2015.
 32. Centro Colaborador Español del Instituto Johanna Briggs. Disponible en: www.evidenciaencuidados.es Consultado en Marzo de 2015
 33. Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. Noticias. Disponible en: <http://www.enfermerianavarra.com/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=6a4d3a88-d92d-4821-a3cf-25f33ba538c9&Cod=436174f5-0461-4a2c-92cd-6415807addad&Idioma=es-ES>. Consultado en Marzo de 2015.
 34. Servicio Andaluz de Salud. PI-CUIDA. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Acc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5&url=gestioncalidad/indice_vpaciente.htm. Consultado en Marzo de 2015.
 35. García Juárez MR, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ, Cano Antelo MD, Serrano Pedrero C. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25(6):474-482.
 36. Cabrero García J, Richart Martínez M. "Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: primeros resultados". En: *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1990. Vol. 7: *Psicología de la salud*. ISBN 84-87556-06-X, pp. 297-301

6. ANEXOS

ANEXO Nº1: MOTORES DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

MOTOR DE BÚSQUEDA: PUBMED

- “Evidence-Based Nursing”[Mesh] → 2216 artículos
 - Filtros: free full text y últimos 5 años → 79 artículos
 - Lectura de títulos → 20 artículos
 - Lectura de resúmenes de los artículos → 10 artículos
 - Lectura de los artículos → 5 artículos
 1. De Pedro Gómez J., Morales-Asencio JM., Sesé Abad A., Bannasar Veny M., Artigues Vives G., Perelló Campaner C. 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. Sanitaria*. 2011; 25(3):191-197.
 2. Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID, Digel Vandyk A, Keeping-Burke L. Turning knowledge into action at the Point-Care: The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2013; 10:3, 129-139.
 3. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*. 2010 12: 367. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/367>
 4. Bostrom AM, Rudman A, Ehrenberg A, Gustavsson JP, Wallin L. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden : a national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2013. 13:165. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/165
 5. Stevens KR. Evidence-based practice: destination or journey?. *Nurs Outlook*. 2010.;58(6): 273-275
- "Evidence-Based Practice"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] → 5999 artículos
 - Filtros: free full text y últimos 5 años → 107 artículos
 - Lectura de títulos → 5 artículos
 - Lectura de resúmenes → 2 artículos
 - Lectura de artículos → 1 artículo
 1. Urra Medina E., Barria Pailaquilén RM. La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Rv. Latino-Am. Enfermagem*. 2010. 18(4)[08 pantallas].
- "Evidence-Based Medicine/history"[Mesh] → 250 artículos
 - Filtro: free full text → 46 artículos
 - Lectura de títulos → 9 artículos
 - Lectura de resúmenes → 4 artículos
 - Lectura de artículos → 4 artículos

1. Freddi G., Romàn-Pumar JL. Evidence-based medicine: what it can and cannot do. Ann Ist Super Sanita 2011. Vol.47. Nº 1: 22-25
 2. McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. Evid Based Nurs 2001;4(3):68-69
 3. Stravrou A., Challoumas D., Dimitrakakis G. Archibald Cochrane (1909-1988): the father of evidence-based medicine. Interactive cardiovascular and thoracic surgery 18 (2014) 121-124.
 4. Zimerman AL. History of medicine. Evidence-based medicine: A short history of a modern medical movement. American Medical Association Journal of Ethics. 2013. Vol. 15. Nº 1: 71-76.
- "Evidence-Based Nursing/history"[Mesh] → 10 artículos
 - Filtros: free full text → 1 artículo
 1. Munro CL. The "Lady with the lamp" illuminates critical care today. American journal of critical care. 2010 vol. 19, nº4; 315-317
 - PES-NWI → 38 artículos
 - Filtros: free full text y últimos 5 años → 7 artículos
 - Lectura títulos → 2 artículos
 - Lectura resúmenes → 1 artículos
 - Lectura de artículo → 1 artículos
 1. De Pedro Gómez J., Morales-Asencio JM., Sesé Abad A., Bennisar Veny M., Artigues Vives G., Perelló Campaner C. 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. Sanitaria. 2011; 25(3):191-197.
 - EBPQ → 10
 - Filtros: free full text → 5 artículos
 - Lectura títulos → 3 artículos
 - Lectura resúmenes → 3 artículos
 - Lectura de artículo → 0

MOTOR DE BÚSQUEDA: DIALNET

- Enfermería basada en la evidencia → 234 artículos
 - Filtros: texto completo y rango de años 2010-2019 → 68 artículos
 - Lectura de títulos → 6 artículos
 - Lectura de resúmenes → 5 artículos
 - Lectura de artículos → 4 artículos
 1. Varela Curto MD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. Asociación Española de enfermería en Urología (ENFURO) 2012. Nº121 (1): 19-21.
 2. Marqués Andrés S. Enfermería basada en la evidencia, subjetividad e investigación. Arch Memoria (en línea). 2012; (9

- fasc. 1). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9100.php>
3. Urquiza Gómes JL. La necesidad de certificar las prácticas basadas en evidencias ¿Por quién y para qué? ENE, Revista de enfermería. 2014. Vol. 8 N°2. Disponible en: <http://ene-enfermería.org/ojs>
 4. Urra Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Investigación y educación en enfermería. 2010 Vol.28. N°1: 108-118.
- Práctica clínica basada en la evidencia → 447 artículos
 - Filtros: texto completo y últimos 5 años → 84 artículos
 - Lectura de títulos → 3 artículos
 - Lectura de resúmenes → 3 artículos
 1. Llorente-Parrado C., Grande-Arnesto M. Práctica basada en la evidencia: un reto en tiempo de crisis. Apuntes de ciencia - Boletín científico HGUCR. 2011. Vol 1 N°3: 6-15.
 2. Fernández –Samos R. Las sombras de la medicina basada en la evidencia. Una revisión narrativa. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2011Vol. XIV nº:1 (45-54)
 3. Gea-Sánchez M. Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario. Enferm. Clín. 2010;20(5):313-314
 - Medicina basada en la evidencia → 461 artículos
 - Filtros : texto completo y últimos 5 años → 80 artículos
 - Lectura de títulos → 2 artículos
 - Lectura de resúmenes y artículos → 2 artículos
 1. Maestre Uhía JM, Del Carmen Ocampo Ospino C, Useche Amarís NS, Trout Guardiola GO. Medicina basada en la evidencia: revisión del concepto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary. 2012. Vol. 9. N°2: 159-166
 2. Lifshitz A. La crisis de la medicina basada en evidencias. Gaceta medica de México. 2014; 150: 393-394.
 - PES-NWI → 7 artículos
 - Filtros: texto completo → 1 artículos
 - Lectura de título → 0 artículos
 - EBPQ → 4
 - Filtro : texto completo → 2 artículos
 - Lectura título → 0 artículos

LECTURA RECOMENDADA POR LA DIRECTORA DEL TFM

1. De Pedro Gómez J., Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universitat de Les Illes Balears. Institut Universitari de Recerca en Ciències de la Salut. 2009.

ARTÍCULOS ENCONTRADOS TRAS LA LECTURA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA BIBLIOGRAFÍA

1. Pearson A, Field J, Jordan Z. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia. Madrid: McGraw-Hill;2008. 193 págs. INBS: 978-84-481-6398-3
2. De Pedro Gómez J., Morales-Asencio JM., Sesé Abad A., Bennasar Veny M., Artigues Vives G., Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala de práctica enfermera del nursing work index. Metas de enfermería. 2009. 12(7):65-73.
3. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. JAdv Nursing.2006;54(4). 454-458.
4. Logan J, Graham ID. Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. Science Communication. 1998. Vol.20 nº2. 227-246.
5. Cabrero García J, Richart Martínez M. "Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: primeros resultados". En: Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1990. Vol. 7: Psicología de la salud. ISBN 84-87556-06-X, pp. 297-301
6. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny m, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev Esp. Salud Pública. 2009;83; 577-589
7. García Juárez MR, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ, Cano Antelo MD, Serrano Pedrero C. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(6):474-482.

MOTOR DE BÚSQUEDA: GOOGLE

1. Guia Salud. Disponible en: www.guiasalud.es
2. Centro Colaborador Español del Instituto Johanna Briggs. Disponible en: www.evidenciaencuidados.es
3. Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. Noticias. Disponible en: <http://www.enfermerianavarra.com/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=6a4d3a88-d92d-4821-a3cf-25f33ba538c9&Cod=436174f5-0461-4a2c-92cd-6415807addad&Idioma=es-ES>

4. Servicio Andaluz de Salud. PI-CUIDA. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Acc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5&url=gestioncalidad/indice_vpaciente.htm
5. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
6. Memoria 2013. Servicio Navarro de Salud. Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14-953F>

ANEXO N°2: CUESTIONARIOS LOPSS 12, PES-NWI Y EBPQ

CUESTIONARIO LOPSS 12 DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS³⁵

Esta es una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que están ingresadas en el hospital. Después debe indicar su grado de acuerdo con dicha afirmación. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LE ATENDIÓ EN EL HOSPITAL:					
1. Me ayudaron a comprender mi enfermedad	5	4	3	2	1
2. Parecían más interesados en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones	5	4	3	2	1
3. Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero	5	4	3	2	1
4. Deberían ser más amables	5	4	3	2	1
5. Tuvieron poca paciencia	5	4	3	2	1
6. Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado	5	4	3	2	1
7. Daban consejos útiles	5	4	3	2	1
8. Podía compartir con ellas mi sentimientos	5	4	3	2	1
9. Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente	5	4	3	2	1
10. Me comprendían cuando les contaba mis problemas	5	4	3	2	1
11. Deberían realizar su trabajo más a conciencia	5	4	3	2	1
12. En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas	5	4	3	2	1
TOTAL					

ESCALA DE ENTORNO DE PRÁCTICA ENFERMERIA DEL NURSING WORK INDEX (PES-NWI)¹³

Indique, rodeando con un círculo, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno e trabajo, teniendo en cuenta que el número uno implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, el cuatro significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado.

	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
	1	2	3	4
PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL HOSPITAL				
1. Las enfermeras de plantilla están involucradas en la gestión del hospital (Juntas, órganos de decisión...)	1	2	3	4
2. Las enfermeras de centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el hospital	1	2	3	4
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de enfermería	1	2	3	4
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus empleados	1	2	3	4
5. El/La directora/a de enfermería es accesible y fácilmente visible	1	2	3	4
6. Se puede desarrollar una carrera profesional / hay oportunidad de ascenso en la carrera clínica	1	2	3	4
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer el día a día	1	2	3	4
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Hospital y del Departamento de Enfermería	1	2	3	4
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de directivos del centro	1	2	3	4
FUNDAMENTO ENFERMERO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS				
10. Se emplean los diagnósticos enfermeros	1	2	3	4

11. Hay un programa en activo para la mejora de la calidad	1	2	3	4
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	1	2	3	4
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, no biomédico	1	2	3	4
14. La asignación de pacientes que existe favorece la continuidad de los cuidados (por ejemplo, una enfermera que cuida a un mismo paciente durante días consecutivos...)	1	2	3	4
15. Hay una filosofía de Enfermería bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	1	2	3	4
16. Hay planes de cuidados por escritos, actualizados a diario para todos los pacientes	1	2	3	4
17. La administración del Centro espera estándares en los cuidados enfermeros	1	2	3	4
18. Hay programas de formación continuada para las enfermeras	1	2	3	4
19. Trabajo con enfermeras que tienen una competencia clínica adecuada	1	2	3	4
CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS				
20. El/La supervisor/a en un buen/a gestor/a y líder	1	2	3	4
21. El/La supervisor/a respalda a la plantilla enfermera en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	1	2	3	4
22. Los supervisores utilizan los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	1	2	3	4
23. La plantilla de supervisores da apoyo a las enfermeras	1	2	3	4
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	1	2	3	4
DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS				
25. Hay suficiente plantilla para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3	4
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas/graduadas para proveer cuidados de calidad	1	2	3	4

27. Existen servicios de apoyo adecuados (celadores, administrativos...) que me permiten estar más tiempo con mis pacientes	1	2	3	4
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con otro/as enfermeros/as	1	2	3	4
RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS				
29. Hay mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3	4
30. Médicos y enfermeras tienen buenas relaciones	1	2	3	4
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración equilibrada	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBPQ)¹³

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre los profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, y que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica.

1. Con respecto a la atención prestada a pacientes en el último año, para responder a alguna posible laguna surgida en tu práctica clínica ¿con qué frecuencia te has planteado las siguientes cuestiones?

	Nunca						A menudo
	1	2	3	4	5	6	7
Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como principio del proceso para cubrir esta laguna							
Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta							
Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada							
Integré la evidencia encontrada con mi experiencia							
Evalué los resultados de mi práctica							
Compartí esta información con mis colegas							

2. Por favor, indique en qué lugar de la escala se situaría usted para cada uno de los siguientes pares de enunciados:

	Mínimo de acuerdo						Máximo de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
La nueva evidencia es tan importante, que busco huecos de tiempo en mi trabajo para este fin							
Recibo de buen grado que se cuestione mi práctica clínica							
El conocimiento que aporta la evidencia es fundamental para la práctica profesional							
He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencias al respecto							

3. Señala donde situarías tu competencia en los siguientes aspectos

	Mínimo						Máximo
	1	2	3	4	5	6	7
Habilidades para la investigación							
Habilidades con las tecnologías de la información							
Monitorización y revisión de habilidades prácticas							
Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación							
Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes documentales							
Capacidad para identificar lagunas en mi práctica profesional							
Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes documentales							
Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos							
Capacidad de determinar la validez del material encontrado							
Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)							
Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos							
Compartir las ideas y la información encontrada con los colegas							
Diseminar nuevas ideas acerca de la práctica clínica, entre mis colegas							
Capacidad de revisar mi propia práctica							

4. Finalmente, algunos datos sobre usted:

- Profesión
- Año de graduación
- Puesto
- Especialidad
- Sexo
- Año de edad: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59,

ANEXO N°3: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Elección del tema								
Elaboración de la propuesta								
Búsqueda bibliográfica								
Redacción del trabajo:								
• Introducción								
• Objetivos								
• Análisis estratégico								
• Matriz DAFO								
• Propuesta de intervención								
• Bibliografía								
• Anexos								
Exposición del trabajo								

