

RESOLVER LA DESIGUALDAD: DE LAS PRUEBAS A LA ACCIÓN



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA, 2012

Copyright © 2012 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Ninguna parte de la presente publicación puede reproducirse por impresión, medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse de ninguna forma, ni venderse sin autorización expresa y por escrito del Centro internacional para los recursos humanos de enfermería. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se indique la fuente.

ISBN: 978-92-95094-79-6

Índice

Carta de la Presidenta y del Director general del CIE	1
Introducción	3
Capítulo 1: Entender la práctica basada en pruebas	5
Capítulo 2: Fuentes de las pruebas	13
Capítulo 3: Cuadro de la planificación empresarial/desarrollo del servicio	17
Capítulo 4: Preparar el cambio	25
Capítulo 5: La función de las ANE	29
Anexos	
Anexo 1: Capacidades de evaluación crítica	35
Anexo 2: Práctica de la reflexión	37
Anexo 3: Planificación de las operaciones/desarrollo de los servicios	39
Anexo 4: Declaración de posición del CIE sobre la Investigación de enfermería	41
Anexo 5: Página informativa del CIE: Indicadores detallados de los resultados de enfermería	43
Anexo 6: Página informativa del CIE: La investigación de enfermería	47
Referencias	51
Otros recursos	53



12 de mayo de 2012

Estimadas compañeras:

En nuestra búsqueda de la calidad de los cuidados de salud y del acceso a ellos hemos de procurar siempre utilizar, para prestar los servicios de enfermería, métodos basados en pruebas. Hoy, los sistemas de salud en todo el mundo están siendo puestos a prueba por las desigualdades de la calidad y la cantidad de los servicios y por los reducidos recursos financieros. La adopción de decisiones con información deficiente es una de las razones por las que los servicios quizá no llegan a prestarse de manera óptima. También puede dar lugar que los servicios de salud disponibles sean menos eficientes o ineficaces y faltos de equidad. Recurrir a pruebas para que nuestras acciones estén informadas es un modo esencial y realizable de mejorar los resultados del sistema de salud.

Sin embargo, disponer de una información cada vez mayor puede significar que, más que facilitar la obtención de pruebas, puede resultar abrumador. Hoy, más que nunca, las enfermeras tienen que aprender no solamente la manera de reunir pruebas sino también cómo hacer uso de ese conocimiento cada día. No todas las pruebas son decisivas o fiables. Las enfermeras han de aprender a identificar las mejores pruebas disponibles, teniendo en cuenta las necesidades y las preferencias de los usuarios de los servicios de salud, a la vez que utilizan su propia experiencia, sus capacidades y su juicio clínico relacionados con la viabilidad de su utilización en el contexto local.

Con este Conjunto de instrumentos para el DIE de 2012 las enfermeras se capacitan para identificar las pruebas que deben utilizar, el modo de interpretarlas, y si los resultados previstos son suficientemente importantes para cambiar la práctica y utilizar recursos preciosos que pueden necesitarse para otras cosas.

El CIE está convencido de que las enfermeras están bien situadas para aportar información importante sobre el contexto; sobre diferentes sistemas, sobre las necesidades de los grupos de población y sobre la función de las políticas locales y de los factores sociales. El recurso a un planteamiento basado en pruebas nos permite poner a prueba y ser puestos a prueba en lo que se refiere a nuestro planteamiento de la práctica profesional y considerarnos responsables a nosotros mismos. Ello nos permite revisar constantemente nuestra práctica y buscar modos nuevos y más eficaces y eficientes de hacer las cosas, haciendo así mayor el acceso y que crezcan también los cuidados y el bienestar.

Atentos saludos,

Rosemary Bryant

David C. Benton

Presidenta

Director general

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00

Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

INTRODUCCIÓN

Por la disponibilidad de la información y el crecimiento de la ciencia han mejorado en medida importante los resultados de la atención de salud en todo el mundo. Sin embargo las diferencias en los resultados, las desigualdades de la salud y las deficiencias de los servicios de salud siguen siendo un verdadero problema para todas las enfermeras. La mitad de las muertes ocurridas en el mundo podrían evitarse con intervenciones sencillas y económicas, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) reconoce que no se sabe lo suficiente sobre cómo poner esos servicios más al alcance de las personas que los necesitan. Ha de darse más importancia no sólo al descubrimiento de nuevos productos, medicamentos y diagnósticos sino también a la manera en que utilizamos nuestro conocimiento; *a la manera en que cubrimos el vacío que existe entre las pruebas y la actuación.*

En tanto que comunidad de enfermeras, todas hemos de entender la función que desempeñamos en el continuo que va desde las pruebas hasta la actuación; aunque estas funciones serán diferentes, es importante que nos sintamos suficientemente informadas para hacer preguntas acertadas, desarrollar nuestras capacidades y conseguir trabajar en estrecha colaboración con nuestras compañeras para lograr que las inversiones en investigación consigan los mejores resultados. En tanto que investigadoras, las enfermeras también generan conocimiento. Frecuentemente las enfermeras están bien situadas para facilitar información importante sobre el contexto y sobre diferentes sistemas, grupos de población y la función de la política local y los factores sociales. Esta comprensión es de vital importancia para innovar el servicio local y desarrollar nuevos modos de trabajo.

Todos debemos comprometernos a desarrollar un entorno apto para que la adopción de decisiones y la práctica sean informadas y estén basadas en pruebas pero, para conseguirlo, los equipos que hacen la investigación han de trabajar en estrecha colaboración con los equipos que hacen uso de sus conclusiones, entre éstos la comunidad en general. Esto no siempre es fácil de conseguir, por diversas razones, pero sin estas colaboraciones seguimos malgastando los recursos y puede ser que se tarde demasiados años en conseguir que conclusiones importantes pasen a ser la mejor práctica establecida.

El presente conjunto de instrumentos se ha pensado en concreto para ofrecer una visión general de los principales aspectos de este complejo campo de la necesidad de desarrollo. Incluye numerosos vínculos con determinados materiales que los lectores tienen a su disposición libremente para responder a su sector particular de intereses y a su necesidad de completar sus capacidades.

CAPÍTULO 1

Entender la práctica basada en pruebas

La consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio establecidos por las Naciones Unidas es un deseo mundial que llama a actuar a los recursos humanos de enfermería. Estos objetivos y, en realidad, muchos otros objetivos relacionados con la salud solamente pueden alcanzarse si tenemos políticas de salud bien informadas y planes de actuación bien gestionados y dirigidos. La realidad es que los hábitos de la práctica más bien que los informados por las mejores pruebas siguen todavía obstaculizando la consecución de nuestros objetivos. La adopción de decisiones deficientemente informadas es uno de los principales motivos por los que los servicios quizá no llegan a prestarse de manera óptima y también puede contribuir a variaciones de la práctica que hacen que los servicios sean menos eficientes, ineficaces y faltos de equidad. Por diferentes motivos se nos pide a todos que gastemos sabiamente nuestros presupuestos y a estos efectos las pruebas tienen una función vital que desempeñar.

Desde el principio del decenio de 1990 ha habido un movimiento hacia la medicina basada en pruebas, centrado en la adopción de las decisiones médicas. Fue en aumento a partir de la labor realizada por un grupo de investigadores en la Universidad McMaster, de Ontario, que se propusieron redefinir la práctica de la medicina para que la información pudiera reunirse y utilizarse más fácilmente. Querían que la medicina dejase de ser una cultura basada en la experiencia clínica más bien que en las pruebas médicas, y caracterizada por preferencias individuales y un deficiente registro de los resultados, para pasar a ser una cultura en la que se valoraran la información y los beneficios para el paciente registrados de manera imparcial.

Este método empezó muy pronto a mostrar ventajas reales para los pacientes y a reducir los costos. Pronto siguieron otros profesionales y los principios de este método ya han sido adoptados por todos los sectores de muchos sistemas de salud, incluidos los usuarios de servicios, los encargados de la política general, los gestores de los cuidados de salud y, naturalmente, las enfermeras. Una crítica inicial que se hizo del planeamiento de la práctica basada en pruebas (PBP) fue que fomentaba la creencia de que la mayoría de las prácticas venían determinadas por pruebas resultantes de la investigación. Esto era un problema para la enfermería, en la que queda aún mucho por desarrollar en la base de la investigación. De hecho esto nunca fue el caso y lo que siempre ha reconocido la PBP es que las decisiones se basan raras veces solamente en las pruebas; siempre desempeñan una función, los juicios, los valores y los factores individuales (Hamer y Collinson 2005).

Sin embargo, también es claro que si las enfermeras utilizan para su práctica un método basado en pruebas serán más capaces de hacer buenas preguntas acerca de cómo y cuándo deben cambiar su práctica, demostrar que utilizan bien la información para fundar sus decisiones, evaluar su práctica y saber que los resultados sobre los que ellas están siendo medidas son adecuados y están previamente acordados. Éste es el motivo por el que el CIE promueve y apoya la práctica basada en pruebas mediante sus publicaciones y en su Red de Investigación (CIE 2010; www.icn.ch/networks/research-network/).

¿Qué son las pruebas?

Es fácil confundirse por las expresiones asociadas con el método de la PBP (práctica basada en pruebas) pues en él se utiliza con frecuencia un lenguaje académico que históricamente puede haber sido un obstáculo para la comprensión de las enfermeras. Quizá ayuda a desarrollar una comprensión común de lo que son las pruebas. Como señalan Lomas et al. (2005): “las pruebas se refieren a hechos (reales o aportados) presentados en apoyo de una conclusión”. Además, un hecho es algo que se conoce por observación o por experiencia. Esto significa que hay muchas fuentes posibles de pruebas recurriendo a muchos medios diferentes, desde las anécdotas tradicionales hasta las imágenes visuales en Internet.

Figura 1: Definiciones principales

Práctica basada en pruebas

Método de solución de problemas para adoptar decisiones clínicas, que incorpora una búsqueda de los mejores y más recientes valores de la prueba, la experiencia y la evaluación clínicas mayores y más recientes y la preferencia del paciente en un contexto de prestación de cuidados.

Investigación de enfermería

La investigación de enfermería incluye la búsqueda sistemática especialmente destinada a desarrollar, detallar y ampliar los conocimientos de enfermería. La finalidad de la investigación de enfermería consiste en responder a preguntas y desarrollar el conocimiento recurriendo a un método científico, como son los métodos cuantitativo, cualitativo o mixto.

Mejoramiento de la calidad (MC)

El mejoramiento de la calidad, clínico o de los rendimientos se centra en los sistemas, los procesos y la satisfacción clínica y funcional, y en los resultados en cuanto a costos. Los proyectos de MC pueden contribuir a entender la mejora práctica o los procesos de prestación de cuidados en que participan las enfermeras. El MC no está destinado a desarrollar normas de la práctica de enfermería ni la ciencia de la enfermería. Mazurek Melnyk et al (2005)

No todas las pruebas son igualmente útiles. Puede debatirse ampliamente sobre la utilidad que puede tener una prueba (OMS 2004), en general, una prueba resultante de una investigación —porque recurre a métodos sistemáticos para recoger y analizar observaciones— tiene un mayor peso en los procesos de adopción de decisiones. Además, cuanto mejor es una prueba en cuanto a diseño y ejecución, más útil la consideran quienes han de adoptar las decisiones.

Al emitir juicios sobre el uso de las pruebas (y pueden usarse muchos tipos diferentes), conviene poder responder a otros sobre cómo se ha llegado a la decisión. Por tanto, es conveniente llevar a cabo el proceso de adopción de decisiones de una manera sistemática y visible que pueda comunicarse fácilmente a otras personas. Esto puede hacer que aumente la calidad de la decisión, que se reduzca la posibilidad de errores y de desacuerdo, y que aumente la probabilidad de que se apliquen nuevas prácticas ya que toda prueba es específica de un contexto (Ruland 2010). Este proceso puede también ayudar a esclarecer las necesidades de pruebas y permitir a otros profesionales encontrar y evaluar las pruebas.

Distintos tipos de pruebas son más importantes para diferentes cuestiones y las enfermeras han de tratar de asegurarse firmemente de que la investigación pertinente, cuando se dispone de ella, se identifica, se evalúa y se hace de ella un uso adecuado. Basarse en la

perspectiva del paciente y del dispensador de los cuidados en este proceso es de importancia crítica para que sean más las posibilidades de que el proceso de cambio tenga éxito.

En la Figura 2 se exponen los tres elementos esenciales para conseguir que la práctica basada en pruebas sea eficaz.

Figura 2: Elementos de la práctica basada en pruebas



Identificar las pruebas

Son muchas las razones por las que las enfermeras pueden comenzar a buscar pruebas para informar una decisión que desean tomar: Esta decisión puede ser la de apoyar un cambio de la práctica, la de considerar la mejor opción entre una gama de posibilidades o la de hacer una comparación de los costos de diferentes formas de tratamiento. Cualquiera que sea el motivo, el primer modo de empezar es plantear una buena pregunta.

Algunas veces la pregunta es fácil de definir porque se basa en una falta evidente de conocimiento que la enfermera puede identificar,

por ejemplo, cuando un paciente presenta un estado del que ella nunca ha tenido experiencia. Menos fáciles de identificar y de definir pueden ser los aspectos de la práctica

Figura 3: Hacer una buena pregunta

PICR:

- Problema
- Intervención
- Comparación

que son “rutinarios” pero que han estado muchos años sin resolverse aunque la información proveniente de otros profesionales o pacientes sugiere que las cosas han de cambiar, por ejemplo, cuando se anima a los pacientes a que ellos mismos traten estados crónicos.

En cuanto se ha identificado el problema, es mucho más fácil avanzar con la ayuda de las preguntas adecuadas para identificar la prueba que se necesita para abordar el problema.

Hay varios métodos de formular las preguntas, pero la mayoría de ellos contienen cuatro elementos (Figura 3);

1. El problema: el paciente o cliente, la población o el estado con que usted trata.
2. La intervención que usted está considerando.
3. Una comparación (puede ser que ésta no se necesite siempre) con la intervención existente.
4. Los resultados que sean de interés.

Teniendo una pregunta definida es ya posible situar la prueba. Con seguridad, la información no es escasa y, en realidad, éste es el problema (Figura 4). Los estantes de las bibliotecas pueden estar llenos de publicaciones e Internet puede aportar miles de documentos de información solamente pulsando un botón. Hay una fuente tan amplia de pruebas que las enfermeras y, en realidad, también los pacientes tienen que trabajar arduamente para seguir siendo consumidores activos, informados y críticos y no sentirse tan abrumados por la tarea que no puedan tratar de dedicarse a ella. Todas las enfermeras han de poder emitir un juicio de los puntos fuertes, los puntos débiles y las limitaciones de los modos en que se ha desarrollado la prueba, para evaluarla y utilizarla críticamente si ello es adecuado. Un ejemplo de instrumento de evaluación crítica figura en el **Anexo 1**.

Figura 4: Posibles fuentes de pruebas

- La investigación realizada por profesionales o profesores de salud.
- La investigación realizada por compañías, por ejemplo las compañías farmacéuticas.
- Las revistas de investigación y de directrices clínicas.
- La opinión de expertos.
- La opinión de compañeros.
- La experiencia clínica.
- La experiencia de pacientes, de dispensadores de cuidados o de clientes.
- Los datos de una auditoría clínica

Toda prueba tiene su valor y las contribuciones de los compañeros profesionales y de los pacientes siguen siendo igualmente importantes.

La investigación es distinta de otras formas de prueba por los procesos que utiliza y, aunque hay muchos tipos de estudios, de todos ellos se espera que sean sistemáticos (que sigan un protocolo claro), rigurosos y pertinentes. En muchos ámbitos de la práctica el tipo de pregunta exige que se utilice un determinado método de investigación. Por ejemplo, con una prueba al azar controlada puede examinarse la eficacia de un nuevo tratamiento pero se precisará una metodología cualitativa para entender lo que el paciente siente en cuanto al efecto del tratamiento. Se considera, cada vez más, que esta combinación de métodos es de importancia crítica para la introducción eficaz de nuevas prácticas. Por esta razón el CIE (2007) en su posición sobre la investigación de enfermería concede igual importancia a los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. Como antes se ha visto, cuantos

más datos tengamos para entender los cambios que deseamos hacer más probabilidades tenemos de conocer el éxito.

Esto puede considerarse como el continuo de pruebas que se muestra en la Fig.5:

Figura 5: Continuo de pruebas

Cualitativas					Cuantitativas
Opinión basada en la experiencia	Diseños sistemáticos cuantitativos	Estudios descriptivos	Encuestas	Estudios de cohortes	Pruebas al azar controladas

Cualquiera que sea la metodología que se emplee toda prueba tiene sus puntos fuertes y sus puntos débiles; la pregunta esencial sigue siendo: ¿Es éste el método adecuado y se realizó la investigación **de manera rigurosa y sistemática?** Para conseguir más información sobre los distintos métodos de investigación remítanse a algunos de los vínculos y recursos adicionales que figuran al final de este conjunto de instrumentos.

Meta análisis
 En esta técnica se combinan datos originales de estudios similares y con el uso de técnicas estadísticas se llega a una estimación única de los resultados.

Resumir las pruebas

A medida que las enfermeras empiezan a buscar pruebas, puede resultar muy lento y muy caro examinar cada uno de los estudios. La prueba “primaria”¹ también puede ofrecer opiniones contradictorias. Hay un conjunto especializado de capacidades que guarda relación con la ponderación de grandes volúmenes de pruebas para hacer recomendaciones. Este trabajo se hace muchas veces por las universidades para los servicios de salud. Reconociendo este problema y los costos con él relacionados, muchos gobiernos han establecido unidades especializadas para aplicar directrices clínicas, exámenes sistemáticos y revisiones críticas.

¹ Las fuentes primarias son los materiales originales que no se han filtrado a través de la interpretación o la evaluación y sobre los cuales se basa otra investigación. Generalmente son la primera forma de presentación oficial de los resultados en un formato físico, impreso o electrónico. Presentan el pensamiento original, informan de un descubrimiento, o comparten información nueva. (Fuente: Bibliotecas de la Universidad de Maryland: www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html)

Figura 6: Ejemplos de centros especializados

La Colaboración Cochrane es una organización internacional, independiente, sin fines lucrativos, de más de 28.000 contribuyentes de más de 100 países, dedicada a hacer que el público tenga a su disposición una información actualizada y precisa de los efectos de los cuidados de salud. Quienes contribuyen cooperan para producir exámenes sistemáticos de las intervenciones de cuidados de salud, conocidas con el nombre de Exámenes Cochrane, que se publican en tiempo real en La Biblioteca Cochrane: www.thecochranelibrary.com. El Joanna Briggs Institute (JBI) es una organización internacional sin fines lucrativos, basada en los afiliados, y es también un organismo de investigación y desarrollo radicado en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad de Adelaida, Australia del Sur. El Instituto colabora en el plano internacional con más de 70 entidades de todo el mundo. El Instituto y sus entidades colaboradoras fomentan y apoyan el acopio, la transferencia y la utilización de las pruebas identificando prácticas viables, adecuadas, significativas y eficaces para ayudar a mejorar los resultados de la atención de salud en todo el mundo www.joannabriggs.edu.au.

En un examen sistemático se trata de identificar todo lo publicado sobre un asunto determinado. Cullum (1997) afirma que un examen sistemático debe constar de varios elementos importantes:

- La formulación de un problema o una cuestión que estén claros.
- El recurso a búsquedas completas para descubrir y seleccionar estudios, que pueden estar publicados o no.
- Criterios claros de lo que va a incluirse o excluirse.
- Se comunica la gradación sistemática de la calidad de la investigación.
- Obtención de datos a partir de estudios originales y de resúmenes fácticos cuando sea posible.
- Análisis y presentación de los resultados.

Los exámenes críticos reúnen varios estudios, y muchas veces pueden ayudar a ofrecer un resumen de la prueba para un sector del estudio.

Las directrices clínicas reúnen las mejores pruebas disponibles, en el mejor de los casos recurriendo a un planteamiento transparente y riguroso y, a partir de él, desarrollan una orientación práctica para los profesionales. En tanto que fuente de pruebas para las enfermeras ha crecido notablemente su importancia y pueden utilizarse como modo de evaluar la eficacia. Pueden ser elaboradas por organismos gubernamentales, asociaciones nacionales de enfermería (ANE), publicaciones profesionales y grupos de interés profesionales, tales como los grupos de defensa de los pacientes.

Las directrices también pueden elaborarse en el plano local. Es claro que las directrices solamente son útiles si se han elaborado de manera idónea y, como pueden influir mucho más en la práctica por su diseño, las enfermeras han de tener las ideas claras en cuanto a la manera en que una directriz se ha desarrollado y que la prueba se juzga a esta luz.

Las vías de los cuidados tratan de describir las intervenciones de servicio y los resultados previstos que el paciente puede esperar que recibirá y conseguirá durante el tratamiento de un determinado estado. Se recurre a pruebas para describir claramente la recuperación o la vía del tratamiento esperados. Las intervenciones y la secuencia de eventos previstas están claramente documentadas; por tanto, el personal clínico ha de pensarlo detenidamente antes de desviarse de este camino. Hay oportunidades claras de implicar a los pacientes en todas las fases de desarrollo de esas intervenciones. Con este criterio

también aumentan las oportunidades de un criterio basado en los resultados para mejorar los servicios. El recurso a las vías de los cuidados también puede poner de relieve deficiencias en la base de pruebas identificando así prioridades para la investigación futura. Para ver un ejemplo de este criterio considerando los cuidados dispensados a los pacientes de una fractura del cuello del fémur, véase la dirección: www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/Focus_On/DVQ_path_fracturefe murPROOF_Nov.pdf

CAPÍTULO 2

Fuentes de pruebas

Buscar las pruebas

El aumento de la disponibilidad de la información puede significar que más que facilitar el hallazgo de las pruebas, puede resultarlo más difícil. Las enfermeras también han de entender la manera en que prefieren aprender ya que los estilos de aprendizaje no sólo afectan al proceso de formación sino también los comportamientos de búsqueda de la información.

La práctica clínica está impulsada por un proceso de identificación de los problemas, formación de hipótesis y pruebas y solución de los problemas. Éste es el mismo proceso que las enfermeras pueden adaptar para el procesamiento y la transferencia de la información. Browne (1997) describe las fases de generación de ideas, formulación de preguntas, análisis, interpretación, evaluación, organización, síntesis, reagrupación, difusión y recuperación. Estas fases, como en el caso de la práctica clínica, no se producen como eventos separados sino porque la enfermera dedicada a la búsqueda está aprendiendo constantemente, de manera que el proceso evoluciona y cambia.

***El desfase de la confirmación** es una tendencia de las personas a favorecer la información que confirma sus ideas preconcebidas o sus hipótesis independientemente de que la información sea verdadera. Por ello, las personas reúnen pruebas y piden información a partir de la memoria de una manera selectiva, y la interpretan de manera desfasada. Los desfases aparecen en particular en el caso de asuntos emocionalmente importantes y en el caso de las creencias establecidas.*

Uno de los primeros pasos para hallar pruebas consiste en identificar las fuentes de información de que disponen las enfermeras. En el pasado, las enfermeras se han apoyado mucho en una tradición oral y de esta manera se ha compartido (y seguirá compartiéndose) gran parte de la práctica. Sin embargo, como la enfermería se ha desarrollado como disciplina y ha pasado a ser miembro fiel del equipo multidisciplinar, esto se ha completado cada vez más con el uso de libros, periódicos y bibliotecas especializadas. El crecimiento de la cultura basada en pruebas y el impulso a compartir de manera más eficiente la información relacionada con la eficacia clínica ha dado lugar a importantes mejoras en el acceso.

El desarrollo en Internet de instrumentos de búsqueda sofisticados ha hecho posible la búsqueda simultánea a través de múltiples recursos. Estos instrumentos también ayudan a reducir la cantidad de las pruebas por las que las enfermeras habrán de pasar.

Para la mayoría de las búsquedas de información que las enfermeras generarán habrá:

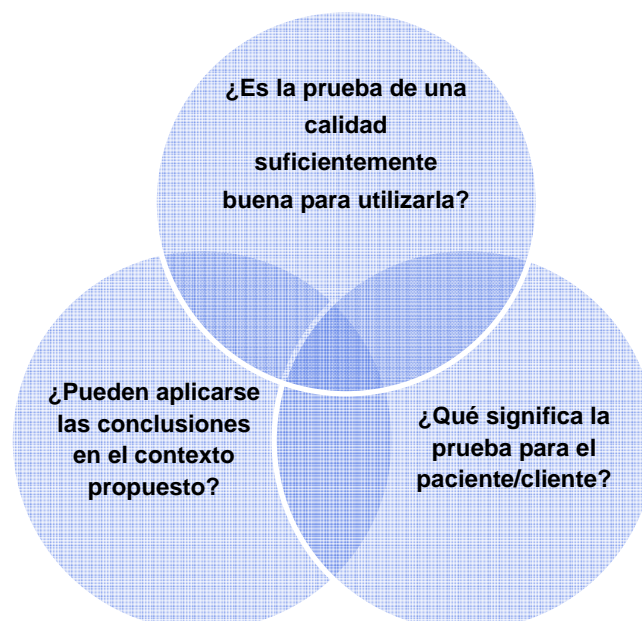
- Organismos especializados dedicados a resumir las conclusiones de la investigación que puedan ponerse a disposición en diversos medios.
- Diarios especializados que se centren en el sector de interés.
- Bases de datos especializadas.
- Internet.

Sin embargo, aun cuando estas fuentes van adquiriendo mejores posibilidades de utilización, todavía se pide a las enfermeras que tengan las capacidades necesarias para utilizarlas eficazmente. El plan de estudios y los cursos de investigación de muchas enfermeras incluyen ya la adquisición de capacidades de investigación pues estas capacidades pueden influir en medida importante en el grado de éxito de una investigación. Una buena estrategia de búsqueda comienza por conseguir el mayor número posible de referencias y después pasa a definir con más precisión el requisito. El problema consiste entonces en examinar un conjunto más reducido y más específico de referencias para lograr una prueba de gran calidad. Si se quiere conseguir una mejor comprensión, véanse los recursos adicionales que se enumeran en este conjunto de instrumentos y que pueden ser útiles para usted y para sus compañeras.

¿Es la prueba suficientemente buena para utilizarla?

Tras haber identificado la prueba, la enfermera ha de evaluar si hay posibilidad de considerar un cambio de la práctica. Puede ser que la pregunta no se haya respondido suficientemente bien o que la prueba no sea suficientemente fuerte para que la enfermera confíe en actuar. A este proceso se hace referencia frecuentemente llamándolo evaluación crítica y, en relación con la práctica basada en pruebas, se refiere a revisar el mérito académico de la prueba y el contexto en el que la prueba va a aplicarse. Tiene tres aspectos principales que han de tenerse en cuenta al mismo tiempo y puede ser que las respuestas a las preguntas en un campo tengan consecuencias en otro.

Figura 7: Los tres aspectos de la evaluación crítica



A evaluar la calidad de un estudio se ha hecho referencia varias veces en este conjunto de instrumentos, y en el **Anexo 1** se da un ejemplo de los detalles del proceso. En este conjunto de instrumentos se enumera también una gama de instrumentos de aprendizaje en tiempo real.

Es preciso señalar que los propios investigadores están asumiendo una mayor responsabilidad en la ayuda a quienes desean utilizar sus conclusiones como parte de su compromiso de mejorar el alcance de la investigación. Frecuentemente exponen en detalle las limitaciones de su trabajo (el estudio perfecto no existe) y hacen sugerencias de su posible uso. Cada vez más, como recomienda la investigación de la transferencia de conocimiento, quizá sitúan también su trabajo en el contexto de su particular campo de investigación, lo que puede ayudar a entender su importancia.

Para evaluar si las conclusiones pueden aplicarse en un contexto local de la práctica es preciso que la enfermera tenga en cuenta varias cosas. Es muy improbable que un contexto descrito en un instrumento de investigación sea idéntico a otro; el contexto, por su propia definición es siempre único. La enfermera ha de tener en cuenta los factores siguientes:

- Los participantes en el estudio, ¿tienen características similares?
- ¿Puede introducirse la intervención descrita?
- ¿Cuáles son las posibles consecuencias financieras?
- ¿Se considera que el paciente es aceptable?

Evaluar las consecuencias para el personal y para los pacientes puede ser un aspecto esencial del proceso de adopción de decisiones. La comprensión de lo que la prueba significa para cada uno de los pacientes puede resultar difícil de evaluar pues las conclusiones tienden a presentarse como probabilidades, o como una expresión de la probabilidad de que una intervención se hizo por azar. Hay modos de calcular si los resultados son clínicamente significativos.

La "importancia clínica" responde a la pregunta *¿qué eficacia tiene la intervención o el tratamiento?*, o *¿cuánto cambio causa el tratamiento?* En cuanto a pruebas de los tratamientos clínicos, la importancia práctica nos habla con información detallada cuantificada, en el mejor de los casos, de la importancia de una conclusión, recurriendo a aspectos tales como las dimensiones del efecto y el número necesario para tratar. La importancia práctica también puede transmitir evaluaciones semi-cuantitativas, comparativas o de viabilidad.

Figura 8: Preguntas para evaluar la medida en que es aplicable un estudio

¿De qué trata el estudio?

¿Quiénes son los participantes en el estudio (por ejemplo: edad, género condición, ocupación)?

¿En qué sentido son distintos nuestros pacientes/contextos?

¿Dónde se realizó el estudio(institución, país)?

¿Cuáles son las ventajas del cambio descrito?

¿Cuáles son los costos (financieros u otros) del cambio?

Los cambios propuestos, ¿ponen en duda los valores y las preferencias del personal o de los pacientes?

(Adaptado de Pettigrew & Roberts 2005).

En cierta medida, el proceso antes descrito ha sido en su totalidad preparatorio y se ha centrado en las fuentes de las pruebas. En este punto usted y sus compañeras habrán emitido un juicio sobre si conviene comenzar a actuar... ¿está usted dispuesta ahora a poner en práctica la evidencia?

De las pruebas a la acción

Por su propia naturaleza, la práctica basada en pruebas se funda frecuentemente en la observación del mundo real y en la metodología, lo que, como hemos señalado, significa que puede aplicarse más rápidamente al contexto clínico. Frecuentemente esto guarda relación con más de un problema para conseguir la información y para cambiar comportamientos o directrices, más bien que para introducir un nuevo tratamiento o un nuevo equipo. Sin embargo, para cambiar cualquier parte del sistema de atención de salud se requieren un pensamiento y una planificación detallados; la decisión de una sola enfermera de cambiar un elemento de la práctica puede tener pronto consecuencias para sus compañeras y para los pacientes (Véase la Figura 9).

Incluso algo al parecer tan sencillo como cambiar las prácticas de lavado de las manos puede tener repercusiones para otros profesionales, pacientes, personal auxiliar, y para los productos de limpieza disponibles, sin olvidar la ubicación de los lavabos.

Figura 9: La atención excepcional al paciente tiene su fundamento en la práctica basada en pruebas

Causar infecciones en un paciente es lo último que quieren hacer los profesionales de salud. Por ello, cuando Joyce Maygers MSN, RN empezó a buscar un tema de investigación, se centró en las infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes de ataque apopléjico cuando los datos mostraban que esos pacientes sufrían de un alto índice de esas infecciones, pero no había suficiente información sobre cómo evitarlas. Resultó que los catéteres urinarios (habitualmente aplicados a los pacientes de ataque apopléjico) eran causantes de las infecciones. Por su experiencia clínica y su capacidad de análisis de los resultados obtenidos en los pacientes, Maygers sospechó que había una respuesta fácil para este problema: quizá no era necesario aplicar catéteres para cada uno de los pacientes de ataque apopléjico o dejar los catéteres introducidos tanto tiempo. Cuando comenzó a examinar las razones médicas para ordenar automáticamente la aplicación de catéteres a los pacientes de ataque apopléjico, constató que no había indicadores clínicos para los catéteres habituales.

La Dra. Maygers dedicó un año a trabajar con médicos, enfermeras y otro personal de salud en el Centro Médico John Hopkins, de Bayview, para estudiar si la cateterización era realmente necesaria. Introdujo cambios en el modo en que se trataba a los pacientes de ataque apopléjico y en el modo de evitar las infecciones. Había esperado llegar a reducir un 10% el número de cateterizaciones pero sus iniciativas fueron casi doblemente exitosas. Los pacientes del Centro de Bayview tuvieron un 20% menos de días de uso del catéter, y los resultados positivos –una disminución del número de infecciones y de la readmisión de pacientes de ataque de ITU, y estancias más breves de esos pacientes– han sido tan notorios que está considerándose la adopción del proceso en todo Bayview. Fuente: John Hopkins Nursing Magazine, Primavera de 2010, Vol. VIII, Número 1

http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant

En un plano organizativo o de política general, debe considerarse detenidamente las consecuencias que tienen para los recursos introducir un nuevo modo de dispensar los servicios. No sólo hemos tenido numerosos casos de derroche de los recursos en iniciativas de cambio ineficaces, sino que también podemos fracasar en el mantenimiento de las que ya aplicamos. Esto puede conducir a la incoherencia y al cambio en nuestros servicios.

Raras veces los cambios son fáciles pues suponen variar el modo en que se comportan el sistema y las personas. Muchas veces el cambio puede ser complicado y malgastar tiempo, y puede tener consecuencias imprevisibles. Sin embargo, el cambio puede ser también interesante y motivador. Es importante entender y planificar la manera de llevar las pruebas a la práctica y al conocimiento de las actuaciones. Este sector, por ser tan importante, ha sido objeto de una investigación cada vez mayor. Al modo de entender cómo se adoptan y se difunden las ideas (innovaciones) se le llama algunas veces movilización o transferencia del conocimiento. Se tiene actualmente la opinión de que la “innovación del servicio” puede ser una solución fácil para problemas difíciles pero, como antes hemos señalado, esto debemos tratarlo con cierta cautela y utilizar las mismas capacidades de PBP también para este sector de la práctica.

Un buen ejemplo de práctica basada en pruebas para la innovación del servicio es el criterio del CIE para la prevención de la tuberculosis. La metodología de formación del CIE fomenta la formación de iguales y utiliza un criterio práctico, solución de problemas, que toma en consideración los entornos de trabajo de las enfermeras. Hasta hoy más de 1.100 enfermeras de países que sufren una pesada carga de tuberculosis y de tuberculosis multirresistente han participado en los cursos de formación de instructores (FDI), del CIE. A su vez, estas enfermeras han participado en la formación de otras 28.000 enfermeras y otros trabajadores de salud con ellas relacionados. La información recibida de los participantes indica que la metodología de formación desarrollada mediante el proyecto del CIE contra la Tuberculosis produce mejores actitudes hacia los pacientes, menores índices de ausencias, mejores soluciones y entornos de trabajo más seguros. (Al curso puede accederse en la dirección www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/.)

Otro ejemplo procede de Botswana. El Centro de Colaboración de la Organización Mundial en el Departamento de Formación de Enfermería, de la Universidad de Botswana, recurrió a diversas actividades de PBP, entre ellas un método de comunidades de cuidados basados en la salud y en la investigación de las actuaciones para formar comités de cuidados de salud basados en la comunidad (CHBC) que se encargasen de dispensar cuidados a los pacientes de enfermedades crónicas en la comunidad. Ésta fue una respuesta a la elevada incidencia de VIH/SIDA en el país, que ha dado lugar al paso de unos cuidados institucionalizados a los cuidados de salud basados en la comunidad (CHBC) (Tlou 2006). Los resultados fueron una mejor atención a los pacientes y una mayor participación de la comunidad.

Las enfermeras recurrieron a un planteamiento de las PBP basadas en la comunidad, en un hospital infantil de Midwestern, en los EE.UU. Estas enfermeras introdujeron un modo de verificación de la ubicación del tubo nasogástrico en pacientes pediátricos y neonatales. La auscultación insuflando aire en el abdomen se emplea todavía en muchos casos para comprobar esa ubicación; a pesar de las investigaciones que comenzaron, ya en el decenio de 1980, a poner en duda este criterio. Los rayos X siguen siendo el único modo cierto de verificar esa ubicación, pero la aplicación de rayos X antes de cada ingestión resultaría costoso y poco práctico. Se necesitaban otros métodos. Las enfermeras introdujeron un criterio de práctica basada en pruebas para subrayar la práctica de enfermería y para

reducir al mínimo el riesgo de los tubos nasogástricos inadecuadamente situados. Los resultados del proyecto demostraron una disminución (del 93,3% al 46,2%) en el uso de la auscultación y mejoraron el uso de otros métodos más fiables para determinar el lugar de posición del tubo nasogástrico (Farrington et al. 2009).

Figura 10: Método basado en pruebas para mejorar la atención de enfermería dispensada por ataque agudo en un departamento de urgencia australiano

Las enfermeras australianas que trabajan en el departamento de urgencias de un hospital del norte, en Melbourne, introdujeron cambios de su práctica para mejorar los cuidados de urgencia dispensados por la enfermería en caso de ataque agudo impulsando el uso de pruebas para la prevención de las complicaciones inmediatas. Recurrieron al diseño pre-prueba/post-prueba utilizando una directriz para la gestión del ataque agudo por el departamento de enfermería de urgencia. Se recogieron datos recurriendo a un examen de los registros médicos. La intervención para el estudio sirvió de orientación para el tratamiento urgente del ataque por la enfermería, y su aplicación estuvo apoyada por clases impartidas por preceptores.

Las principales resultantes se midieron antes y después de la aplicación de la directriz: categoría de la selección, tiempo de espera, duración de la estancia en el departamento de urgencias, tiempo de la evaluación especializada, evaluación y vigilancia de signos vitales, temperatura y glucosa en sangre y tromboembolismo venoso y evaluación del riesgo de heridas por presión e intervenciones.

Los resultados mostraron que habían mejorado notablemente las decisiones de selección. Aumentó la frecuencia de las evaluaciones del ritmo respiratorio, del ritmo cardiaco, de la presión sanguínea y de la saturación de oxígeno. En cuanto a la gestión del riesgo, aumentó la documentación de las intervenciones de medida de la presión y la evaluación rápida antes de la toma oral; también aumentó, aunque en medida poco significativa, la evaluación de la patología del habla en el departamento de urgencias, y disminuyó en 93,5 minutos el tiempo de evaluación de la patología del habla para los pacientes admitidos.

Fuente: Considine y McGillivray (2010).

Un proyecto de investigación (Figura 11) que estudió la transferencia del conocimiento a la práctica produjo un marco útil (esto puede verse en detalle en el **Anexo 2**) que pone de relieve la complejidad de la transferencia del conocimiento, pero también demuestra que con la dirección y la gestión activa de este proceso aumenta la probabilidad de éxito del proyecto de cambio.

Figura 11: Marco propuesto para la transferencia del conocimiento

Raras veces la transferencia del conocimiento (TC) es un proceso lineal. Más bien es un proceso social complejo que conlleva una serie de interacciones y vínculos entre los investigadores y los usuarios de la investigación (McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008). Sin embargo, la planificación, la prestación y la evaluación de la TC necesitan un marco lógico subyacente. La investigación realizada en LIHS ha desarrollado un marco del proceso de TC, basado en el análisis temático de 28 modelos de TC (Ward et al. 2009) y en posteriores pruebas procedentes del trabajo sobre el terreno. El marco consta de cinco elementos principales que parecen esenciales para planificar y dispensar la TC y pone de relieve las actividades asociadas a estos elementos. El modelo también muestra que cada uno de los elementos esenciales interactúa, puede operar solo o en paralelo, y que la intensidad de cada elemento se altera durante el proceso de TC. Véase el **Anexo 2**.

Fuente: Ward et al. (2010)

Este marco puede ayudar a las enfermeras, a los gestores y a los investigadores a cooperar para llegar a un mejor entendimiento del cambio que examinan.

El contexto y la cultura son cruciales

Todos los modelos que tratan de aplicar el cambio reconocen la importancia del contexto y de la cultura. Con demasiada frecuencia, aunque la prueba se presenta bien y es convincente, las circunstancias que conlleva el avance resultan demasiado difíciles (Véase la Figura 12). Un modo posible de evaluar los factores que impulsarán un cambio y su probabilidad de éxito es el conjunto FESTLE, que se expone a continuación:

- **Factores políticos:** la función de la política, del gobierno, de las elecciones.
- **Económicos:** las consideraciones financieras, las cuestiones de la oferta y la demanda.
- **Sociales:** las reacciones del público, la aceptación.
- **Tecnológicos:** el desarrollo de nuevos instrumentos, sistemas de información, pruebas.
- **Legales:** asuntos legislativos, legislación sobre contratos.
- **Éticos:** normas profesionales, cuestiones de acceso.

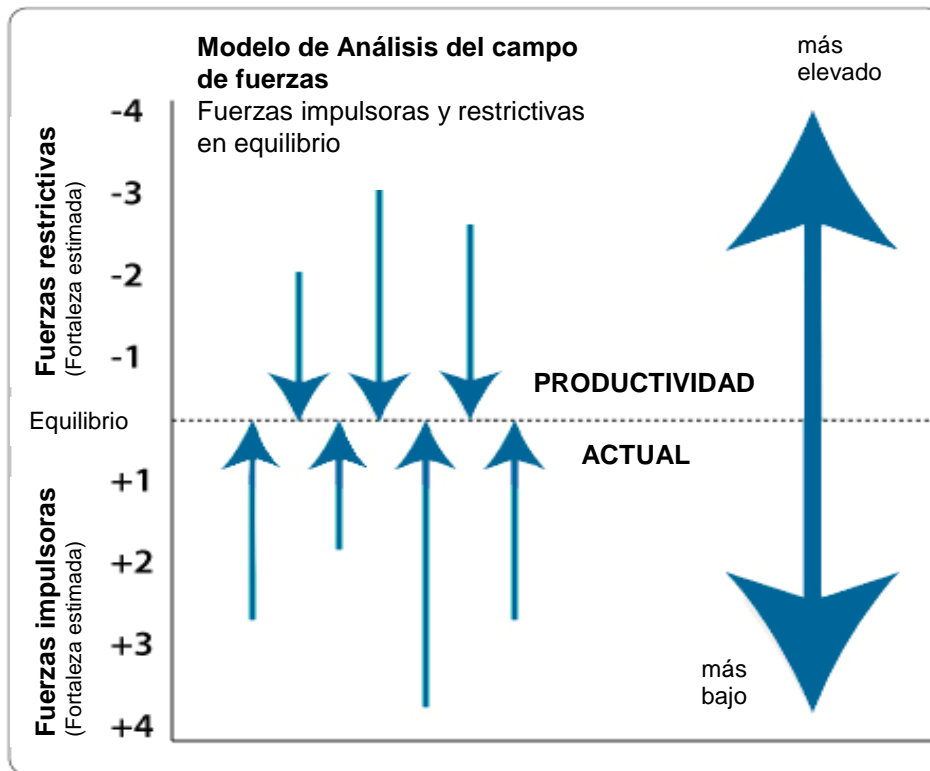
Después de evaluar la cultura y el contexto, muchas veces se puede desarrollar una cultura que favorezca el cambio previsto. Los factores que contribuirán son la preparación cuidadosa para conseguir que quienes dirigen el cambio entiendan de verdad los factores locales y la comunicación efectiva con todos los que más probablemente se verán afectados por el cambio a lo largo del proceso (Dunning et al 1998).

Una posible técnica cuyo uso puede considerarse es el Análisis del campo de fuerzas. Este Análisis es una técnica de gestión desarrollada por Kurt Lewin (1997), especialista avanzado en el campo de las ciencias sociales, para diagnosticar las situaciones. Este método puede ayudarnos a identificar rápidamente a las personas, los asuntos o las cosas que puedan estorbar cualesquiera mejoramientos que usted planifica. También puede ayudarle a encontrar aliados que le apoyen. Para que funcione, usted debe actuar sobre algunas de las fuerzas que identifique. También puede ser útil en los proyectos de creación de equipos, cuando se trate de superar la resistencia al cambio. Lewin supone que en cualquier situación hay fuerzas de impulso y de resistencia que influyen en cualquier cambio que pueda producirse.

Fuerzas impulsoras son las que afectan a una situación y empujan en una determinada dirección; tienden a iniciar un cambio y a hacer que avance.

Fuerzas restrictivas son las que actúan para frenar o parecer que disminuyen las fuerzas impulsoras. El equilibrio se consigue cuando la suma de las fuerzas impulsoras es igual a la suma de las fuerzas restrictivas.

Figura 12: Modelo del Análisis del campo de fuerzas (Lewin 1997)



Algunos de los tipos de fuerzas que han que tenerse en cuenta son los siguientes:

- Recursos disponibles
- Tradiciones
- Intereses declarados
- Estructuras organizativas
- Relaciones
- Tendencias sociales u organizativas
- Actitudes de las personas
- Reglamentos
- Necesidades personales o de grupo
- Prácticas actuales o del pasado
- Políticas o normas institucionales
- Organismos
- Valores
- Deseos
- Costos
- Personas
- Eventos

Ya que se han identificado las cosas que pueden ayudar u obstaculizar su proyecto y los cambios previstos, el próximo paso consiste en asegurarse de que se utiliza este conocimiento para llevar adelante el proyecto. Pregúntese: '¿Qué podemos hacer y vamos a hacer con lo que ayudará u obstaculizará nuestro proyecto / cambios planificados?'.

Para favorecer el desarrollo de la práctica, el entorno clínico ha de ser un entorno en el que se valoren las ideas, las innovaciones y las pruebas. La realidad, como antes hemos visto, es que el entorno clínico puede ser un entorno de importantes obstáculos para el cambio. Para cambiar la práctica se necesitan profesionales confiados y bien apoyados, pues son ellos los responsables en último término de su propia práctica. Deben estar capacitados para introducir cambios y necesitarán capacidades tales como las de negociación, de venta, de creación de consenso y, naturalmente, de adopción de riesgos. Además, como todos los cambios necesitan tiempo, quizá ellos hayan de ser apoyados y activamente dirigidos durante largos periodos. Para un equipo de cuidados de salud comprometido con la PBP resulta útil compartir su conocimiento y enseñar a otros, y esto puede ser una motivación adicional.

Hay numerosos modos prácticos en que la PBP puede fomentarse y aplicarse y éstos pueden establecerse ampliamente recurriendo a los títulos siguientes:

- **Crear colaboraciones** – Reunir personas, grupos y equipos para lograr una visión y un sentido de finalidad compartidos.
- **Recurrir a líderes/agentes del cambio** – Identificar y reclutar personas clave para favorecer el cambio; esas personas necesitan credibilidad y han de ser respetados por las personas en quienes se desea influir.
- **Compartir y difundir información** – Esto puede hacerse por diversos medios, y diseñarse teniendo en cuenta a determinados auditorios; puede conllevar la redacción de folletos, el recurso a juegos, y el uso de plataformas de medios sociales.
- **Intervenciones de formación y capacitación** – Tales como módulos de formación continua, sistemas de apoyo de las decisiones, formación personal, aprendizaje en tiempo real, uso de simulaciones.
- **Normalizar la práctica** – Utilizar vías de prestación de los cuidados, auditorías clínicas, informes de varianza, listas y directrices.

Es improbable que usted haya de recurrir a todas estas intervenciones, aunque probablemente sea necesario recurrir a una combinación de varios de estos métodos para conseguir el éxito. Todos ellos tienen un costo asociado y éste habrá de tenerse en cuenta en la fase de diseño. Puede verse un ejemplo en la Figura 13.

En cuanto haya esclarecido lo que desea cambiar y cómo va a proceder a ese cambio, es útil fijar algunos objetivos y medidas de los resultados. La sigla **SMART** es muy útil y se utiliza generalmente.

ESpecíficos – Los objetivos han de referirse a resultados específicos y detallados más bien que ser una exposición imprecisa o amplia.

Medibles – Ha de poderse vigilar si algo ha cambiado o no.

Adecuados – Los objetivos fijados han de poder conseguirse y deben ser realistas.

PeRtinente – Los objetivos han de tener sentido en lo que se refiere a la finalidad global del proyecto.

Condicionados en el **T** tiempo – Los objetivos deben establecer marcos temporales claros.

Contar con tiempo para aprender: Reflexión sobre la práctica

Si bien hemos expuesto numerosos planteamientos organizativos diferentes para cambiar la práctica, todos ellos se basan en la capacidad de las personas (las enfermeras o los pacientes) para pensar en lo que desean y si quieren cambiar. Puede considerarse que el cambio es un proceso continuo de aprendizaje. Recurriendo a un planteamiento sistemático de la reflexión, los profesionales pueden hacer que su práctica sea significativa y constructiva. Actualmente se piensa que la práctica de la reflexión es un elemento esencial de la práctica profesional y en muchos programas de formación se incorporan técnicas para desarrollar estas capacidades. Sin embargo, es preciso que haya tiempo previsto para que esto pueda ocurrir en los contextos plenos de la práctica (Véase el **Anexo 2**).

“La jerarquía de la evidencia que ha fomentado las pruebas de control al azar como la forma más válida de evidencia puede, en realidad, impedir el recurso al tratamiento más eficaz por contradicciones y limitaciones prácticas, político/ideológicas y epistemológicas. Además, es claro que la práctica basada en pruebas comparte definiciones, objetivos y procedimientos muy similares con la práctica de la reflexión. Por tanto, parece que el movimiento de la práctica basada en pruebas puede beneficiarse mucho más del recurso a la reflexión sobre la práctica que del uso de la estructura jerárquica de la prueba”. (Mantzoukas 2007).

La reflexión entre iguales (conocidos también como grupos de aprendizaje mediante la acción) puede resultar especialmente útil en épocas de cambio de la práctica. Sin embargo, los grupos necesitan apoyo y dirección. Es preciso tener, fuera del sector clínico, un tiempo en el que el grupo no se vea perturbado; celebrar reuniones periódicas; un alto grado de confianza y de confidencialidad entre los miembros del grupo; y facilidades para conseguir un entorno creativo y exigente que capacite al grupo para avanzar en el proceso. También puede resultar útil elaborar planes de actuación.

Establecer redes de contactos también es importante para compartir y difundir la prueba basada en la práctica (PBP). Lomas (2007) en su examen de la adopción de pruebas en el sistema de salud de Nueva Zelanda puso de relieve el carácter esencial de las redes.

Las redes son un modo importante en que la enfermería, como grupo profesional amplio y complejo, comparte el conocimiento. En épocas de presión es fácil considerar que estas redes, formales e informales, tienen escaso valor y creer que carecen de importancia. Mc Sherry y Warr (2008) han descrito las redes o marcos para compartir y difundir información como la clave para la excelencia. Estos autores las consideran importantes por las siguientes razones:

- Para garantizar que hay ayuda y apoyo para que las personas, los grupos y las organizaciones innoven y cambien.
- Para presentar y compartir ideas.
- Para establecer una red de apoyo al desarrollo de la persona y al avance de la profesión.
- Para conseguir un sistema fuerte de colaboración y de comunicación del cambio.
- Para alentar e incluir al personal con el fin de que conozca la innovación y el cambio.
- Para establecer una red con el fin de compartir y difundir el conocimiento avanzado y las evaluaciones relacionados con la innovación y el cambio.
- Para reducir el trabajo causante de estrés y crear confianza.

Un buen ejemplo de la manera en que un equipo ha recurrido a muchos de estos métodos puede verse en el artículo de Gallagher Ford (2011) recogido entre los materiales adicionales sobre recursos.

Algunas veces el cambio puede hacer que se ahorre dinero, pero quizá se necesiten fondos de transición cuando se precisen nuevos sistemas para, durante algún tiempo, superponerlos a nuevos sistemas o aplicarlos junto con ellos. Puede ser que se necesite también financiación transitoria para trabajar sobre algunos de los factores de restricción anteriormente identificados en el conjunto de instrumentos.

Después de pensar en la manera de conseguir un entorno eficaz para que predomine la práctica basada en pruebas, es también importante considerar los efectos más generales que la PBP tiene para los recursos del sistema de salud. En realidad, para hacer que la práctica avance estaremos en competencia por conseguir unos recursos que son limitados; por ello habremos de entender y preparar una decidida defensa en favor del cambio. Este es el tema del próximo capítulo.

Figura 13: Ejemplo de intervención local en favor de la práctica basada en pruebas

Contexto/antecedentes: Mejorar los comportamientos de cuidados de los pies de los pacientes diabéticos es uno de los modos más eficaces de reducir al mínimo la ulceración de los pies por diabetes y sus consecuencias negativas posteriores en los pacientes diabéticos hospitalizados o externos.

Objetivos: Describir el conocimiento y los comportamientos de cuidados de los pies en los pacientes hospitalizados; aplicar conocimientos seleccionados de podología y pruebas de mejoramiento de los comportamientos; y evaluar su eficacia.

Diseño/metodología: Estudio de casos, entrevistas antes y después de las pruebas.

Contexto: Una sala quirúrgica de un hospital universitario, Tailandia.

Participantes: Cuatro pacientes diabéticos que llevaban como mínimo tres años sometidos a cuidados.

Intervención/método: El programa de formación, basado en las necesidades de aprendizaje de los pacientes, facilitó un folleto sobre los cuidados podológicos para los diabéticos, y ayudó a los pacientes a fijar su propia meta y preparar sus planes de actuación. En el tercer día del tratamiento, se evaluaron el conocimiento del cuidado podológico de los pacientes y sus declaraciones en cuanto a su objetivo y su plan de actuación para mejorar los comportamientos del cuidado de los pies.

Mediciones del resultado principal: El conocimiento del cuidado podológico de los pacientes y las declaraciones de su meta y plan de actuación para mejorar los comportamientos de cuidados de los pies.

Principales resultados/conclusiones: Todos los pacientes debían mejorar su comportamiento de cuidados podológicos y seguir el programa de formación que combinaba con los planes de actuación y de fijación de objetivos una mejora del conocimiento de los cuidados podológicos para los pacientes hospitalizados y de sus comportamientos observados en cuanto a esos cuidados.

Fuente: Kuerniawan y Petpichetchian (2011)

Conclusiones: Este método de combinación era fácil y seguro y parecía poder aplicarse para pacientes diabéticos hospitalizados. Los resultados de este estudio dan información valiosa para mejorar el conocimiento y los comportamientos de cuidados podológicos de los pacientes diabéticos hospitalizados. Los autores recomiendan que las enfermeras recurran a esta práctica basada en pruebas para contribuir a mejorar la calidad de los cuidados contra la diabetes.

Source: Kurniawan & Petpichetchian (2011).

Evaluar el cambio de la práctica

Los sistemas de salud se encuentran sometidos a presión para conseguir recursos y para lograr utilizar de la manera más eficaz posible los recursos que tienen. Hasta hace poco tiempo el campo de la práctica basada en pruebas (PBP) se centró sobre todo en estabilizar la eficacia de las intervenciones: ¿ha tenido buenos resultados la nueva intervención? Sin embargo, no es suficiente tener una fuerte prueba clínica del cambio para que, aun cuando pueda ser muy favorable, no pueda asumirse o pueda necesitar que otros recursos se asignen para conseguir el éxito.

“Los países en desarrollo tienen recursos limitados, por ello es especialmente importante invertir en una atención de salud que funcione. Desde hace tiempo la práctica basada en pruebas se ha defendido en Occidente. Sin embargo, el acceso deficiente a la información hace que esta iniciativa sea casi imposible para los profesionales de salud que trabajan con comunidades vulnerables en las economías de bajos ingresos. Otros problemas económicos, sociales y políticos fundamentales en muchas naciones en desarrollo impiden el acceso a los servicios de atención de salud y a los medicamentos, y esos servicios ocupan frecuentemente un lugar muy secundario en la asignación del gasto. En algunos países los fondos disponibles para la salud quedan sin gastarse por cuestiones burocráticas y mala gestión. Habida cuenta de esos problemas, es claramente necesario hacer inversiones en las intervenciones y actividades de salud que sean las más viables, adecuadas, significativas y eficaces en este contexto único e inimitable” (Pearson y Jordan 2010).

Hay ya más intervenciones demostradas que las que podemos financiar. Como hemos visto, siempre es necesario emitir juicios, tales como qué pruebas usar, cómo interpretar las pruebas y qué confianza tenemos en las conclusiones. Y, lo que es más importante, hemos de adoptar una decisión acerca de si los resultados previstos son suficientemente importantes y suficientemente grandes para cambiar la práctica y si hemos de utilizar recursos que podrían gastarse para otras cosas. Es muy probable que haya de competir por los recursos y frecuentemente es necesario justificar con cierto detalle por qué se desea cambiar la práctica y cuanto costará; puede ser que se le pida que prepare el caso de una empresa o alguna forma de evaluación económica (Véase en el **Anexo 3** un cuadro sobre el desarrollo de una empresa/servicio).

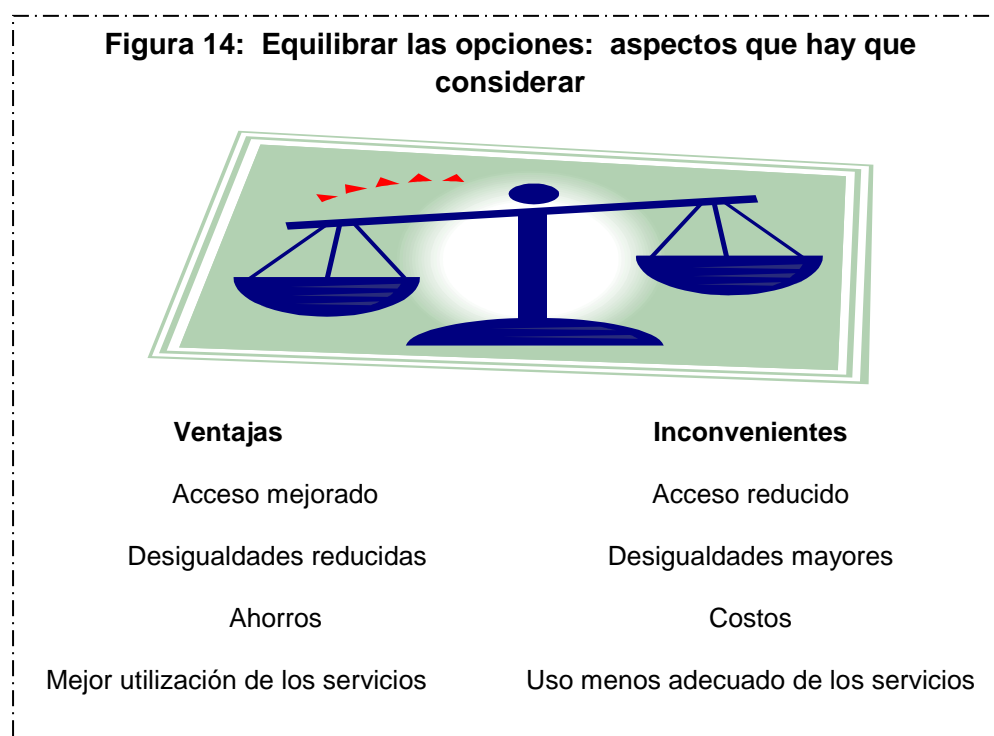
Las enfermeras han de tener confianza en la cuantificación de los resultados previstos de la nueva intervención desde varios puntos de vista. En muchas situaciones, para aplicar la innovación de un servicio será necesario parar de hacer alguna otra cosa. El costo de esa “parada” ha de contabilizarse en la propuesta del proyecto. Es evidente que si algunos de los asociados (incluidos los pacientes y sus dispensadores de cuidados) consideran que los

costos y los riesgos son demasiado elevados en comparación con los beneficios, el cambio propuesto ofrece pocas posibilidades de tener éxito.

Las preguntas siguientes pueden ayudar a preparar un caso en el que se describan las opciones:

1. ¿Cuáles son las distintas opciones que se comparan?
2. ¿Cuáles son los resultados posibles más importantes de las opciones que se comparan?
3. ¿Cuáles son los efectos que probablemente tendrán las opciones?
4. ¿Es probable que un análisis económico formal ayude en la adopción de decisiones?
5. ¿Cuáles son los riesgos que se corren por introducir el cambio?
6. ¿Hay capacidad para aplicar el cambio y fortalecer el sistema?
7. ¿En qué medida la dirección apoya el cambio?

Al hacerse estas preguntas puede ser útil considerarlas como una evaluación de todas las opciones que habrán de ser en cierta medida equilibradas para ser eficaces. Como puede verse en la Figura 14, si usted estuviese considerando la posibilidad de introducir un nuevo servicio de salud pública, desearía considerar, como mínimo, las cuestiones relacionadas con el acceso, el uso de los recursos, la equidad y el uso del servicio.



Las respuestas a estas preguntas permiten que usted empiece a organizar su pensamiento, a estructurar las pruebas y a redactar una hoja de balance en la que pueda hacer una lista clara de las ventajas y de los inconvenientes. El objetivo de este método es ayudar al equipo a centrarse en las decisiones esenciales y en los resultados más importantes, lo que ayuda también a prestar apoyo a las actividades de evaluación (Oxman et al. 2010).

Para determinar el éxito de los cambios de la práctica es útil identificar medidas de los resultados. También ayuda que éstos puedan medirse fácilmente y comunicarse. Por

ejemplo, si usted desea introducir una política de lucha contra las infecciones ello podría ser útil a corto plazo para establecer un resultado para todo el personal que pasase por una evaluación del lavado de las manos y, a más largo plazo, el resultado podría estar relacionado con una reducción de los índices de infecciones. Apoyar los cambios de la práctica es también importante para el valor percibido de las iniciativas de PBP. (Estudio de un caso, Figura 15).

Figura 15: Aplicación de directrices clínicas para adultos con asma y diabetes: una evaluación de los cuidados de enfermería después de tres años de seguimiento

La Asociación de enfermeras de atención directa, de Ontario, Canadá, ha elaborado y publicado más de 42 directrices relativas a la práctica clínica de la enfermería y a los entornos de trabajo saludables. Hasta hoy, la evaluación ha conllevado un año de estudios de los efectos de la aplicación de la directriz, pero se sabe poco sobre si los cambios hechos en la práctica durante el periodo inicial de la aplicación se han sostenido.

Objetivos: Informar sobre una evaluación, de tres años de seguimiento, de los indicadores de los cuidados de enfermería después de la aplicación de la Directiva sobre Las mejores prácticas para dispensar los cuidados contra el asma en las personas adultas y para reducir las complicaciones en los pies en el caso de las personas con diabetes, y describir los cambios del contexto en las instituciones clínicas.

Intervención/métodos: Se realizaron observaciones y entrevistas sobre el terreno con importantes informadores en dos hospitales. Los indicadores de los cambios de los cuidados de enfermería identificados seis meses después de la aplicación se compararon con los indicadores hallados durante una auditoría retrospectiva hecha al gráfico en los mismos lugares tres años después.

Resultados/conclusiones principales: Tres de los 12 indicadores relacionados con los cuidados del asma permanecieron constantemente elevados ($\geq 84\%$ de los gráficos auditados) y cuatro indicadores disminuyeron en medida significativa ($p < 0,01$). Hubo importantes mejoras ($p \leq 0,05$) en nueve de los 12 indicadores relacionados con los cuidados iniciales de la diabetes.

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo de los indicadores clínicos y los factores del contexto son importantes para vigilar y fomentar la aplicación sostenida de las directrices.

Fuente: Higuchi et al. (2011).

Algunas veces, cuando las decisiones son complejas y ofrecen posibilidades de dar lugar a grandes diferencias en el uso de los recursos, tales como construir nuevas instalaciones o contratar personal nuevo, entonces puede ser necesario recurrir a algún tipo de construcción de modelos económicos. Por ejemplo, puede ser necesario establecer si habrá grandes beneficios para un pequeño número de pacientes o beneficios pequeños para un gran número de pacientes. Es este un sector cuya consideración resulta cada vez más importante pues todos los sistemas de salud se encuentran bajo presión y la competencia por los recursos es fuerte. Para servir de ayuda en esta forma de adopción de decisiones los gestores de los sistemas de salud aplican, cada vez más, modelos económicos adaptados de otros campos.

El tipo de evaluación económica variará y ésta puede ser realizada por las enfermeras con el apoyo de un especialista de este campo (Gray 1999. Figura 16). Al adoptar el marco para evaluar los probables costos y beneficios relacionados con sus propuestas usted puede cerciorarse de que las que a veces son opciones difíciles se hacen de manera

explícita y transparente. Hay varios marcos que pueden emplearse y un ejemplo de ellos puede verse en el **Anexo 3**.

Figura 16: Ejemplos de evaluaciones económicas

- Análisis de costos: no da información sobre los resultados, quizá no compara las alternativas, solamente presenta el costo.
- Estudio de minimización de los costos: su interés principal está en que define y elige la última opción de los costos.
- Efectividad de los costos: puede recurrirse a ella si se sabe que en los resultados se compara una alternativa determinada como un coeficiente de diferencia en los resultados.

Fuente: Gray (1999).

Finalmente, en cuanto a cerciorarse de que los cambios de los resultados son consecuencia de la intervención de usted, puede resultar adecuado establecer alguna forma de vigilancia o de evaluación de los efectos. La vigilancia es útil si se quiere saber lo que está sucediendo actualmente, por ejemplo usted puede decidir que va a vigilar la aplicación de una vía de cuidados. Esto le permite obtener información pronta y quizá ajustar el programa, si es necesario. Establecer la vigilancia puede resultar caro y no vale la pena si los datos siguen sin utilizarse. Las actividades de vigilancia no indican necesariamente si una política o un programa ha tenido consecuencias en los indicadores en que usted está interesado.

Una evaluación de las consecuencias debe realizarse en el momento del cambio planificado y ha de estar diseñada con el mismo cuidado que un estudio de investigación. Su objetivo consiste en establecer si los cambios observados en los resultados pueden atribuirse a la intervención de usted. Un buen trabajo de evaluación ayuda a otros a adoptar mejores decisiones acerca de cómo la intervención de usted puede transferirse al contexto de ellos.

Como las enfermeras desarrollan sus funciones y actúan como miembros dinámicos del equipo multidisciplinar, es cada vez más importante que podamos poner y ser puestas a prueba en lo que se refiere a nuestro concepto de la práctica y que nos consideremos responsables a nosotras mismas. El empleo de un método basado en pruebas nos permite hacer eso exactamente. Nos permite examinar constantemente nuestra práctica y buscar modos nuevos y más eficaces de hacer las cosas. Asimismo, en tiempos de dificultades financieras, nos permite recurrir de la manera más eficiente posible a los recursos de que disponemos. Todos nosotros tenemos muchas cosas que pueden adaptarse y compartirse y que ayudarán a compañeros que tratan problemas similares. Es aquí donde las redes profesionales pueden ser de gran utilidad para reducir el tiempo que se emplea en transformar las ideas en acciones.

En el último capítulo se mostrarán los importantes modos en que las asociaciones nacionales de enfermeras pueden trabajar para ayudar a desarrollar todos los aspectos del ciclo de la PBP, desde la ayuda al desarrollo de directrices específicas hasta el apoyo a las enfermeras investigadoras en su establecimiento de redes mundiales.

CAPÍTULO 5

La función de las asociaciones nacionales de enfermeras

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) desempeñan una función central de liderazgo para conseguir que los pacientes reciban cuidados seguros, eficaces y centrados en la persona, que están basados en las mejores pruebas disponibles. La capacidad de las enfermeras para aplicar una combinación de experiencia y conocimientos técnicos, razonamiento y pruebas clínicas adecuadas para diversos contextos de cuidados de salud se desarrolla a lo largo del tiempo y es el resultado de la docencia oficial, del aprendizaje experimental, de una eficaz actividad de mentores y de una práctica efectiva. Las ANE están bien situadas para apoyar este plan de actividades. Algunos estudios muestran que la mayoría de las enfermeras dispensan los cuidados sobre la base de lo que aprendieron en la escuela de enfermería y raras veces recurren a artículos de publicaciones, a informes de investigación o a bibliotecas de hospitales en busca de referencias (Pravikoff et al. 2005).

Para aceptar la dificultad de la práctica basada en pruebas se precisa una visión y un compromiso por parte de las ANE. Teniendo en cuenta las prioridades contrarias y urgentes, y el ambiente económico actual, se tiende a fundar en los antecedentes la PBP. Sin embargo, más que nunca se necesita ahora una práctica basada en pruebas que trate de mejorar la seguridad de los pacientes, y también la calidad y eficiencia de los costos. Es de importancia capital que las ANE aporten ahora liderazgo a la profesión de enfermería.

Las ANE se encuentran en una posición adecuada para informar, incorporar y capacitar a las enfermeras en cada uno de los niveles de trabajo que cuentan con una amplia gama de interesados, entre ellos las comunidades, los empleadores, los colaboradores, los encargados de formular la política general, las escuelas, los pacientes y las familias, para hacer avanzar la PBP, con el fin de fomentar el bienestar y asegurar los mejores resultados de salud posibles.

Cada ANE ha de tener en cuenta una serie de factores al decidir un plan de actuación adecuado a sus circunstancias y que incluya la capacidad de aplicar la PBP, la disponibilidad de recursos y el apoyo. Es probable que seleccionar un pequeño número de actividades para demostrar las ventajas de traducir las pruebas en práctica, y hacerlo bien, conduzca a una transformación de la práctica basada en pruebas.

Difundir información y defensa

Las ANE están bien situadas para difundir información y mensajes esenciales sobre la práctica basada en pruebas a sus miembros, a las enfermeras gestoras y a los encargados de la política general. Es necesario distribuir ampliamente una información completa y basada en pruebas sobre los beneficios de la PBP para que las personas sean más conscientes e influyentes en el cambio del comportamiento. También es necesario

compartir la información acerca del modo de trasladar las pruebas a la práctica para crear un entorno que fomente el cambio, la ejecución, la innovación y la evolución en favor de unos resultados de salud mejores. Las ANE pueden:

- Establecer una comunidad en tiempo real para intercambiar con sus iguales ideas y mejores prácticas.
- Publicar información esencial y las ventajas de la práctica basada en pruebas en sus revistas y periódicos, sitios web, presentaciones, conferencias y comunicados de prensa.
- Difundir información sobre la práctica basada en pruebas para sus miembros, las enfermeras directoras y los encargados de elaborar la política general.
- Organizar campañas y eventos nacionales para hacer a las personas más conscientes de la práctica basada en pruebas.
- Facilitar una plataforma para debates sobre la práctica basada en pruebas, en los foros y reuniones pertinentes de la enfermería y en otros.
- Establecer un premio por excelencia e innovación en la aplicación de la práctica basada en pruebas y sobre el perfil del trabajo de las enfermeras en publicaciones, sitios web, conferencias, etc.
- Facilitar la colaboración con otras asociaciones de salud profesionales, ministerios de sanidad, organismos de investigación y otros sectores e interesados pertinentes.
- Cooperar con los ministerios de sanidad y otros para influir en la política nacional de salud y en otras políticas públicas pertinentes para favorecer la práctica basada en pruebas.
- Difundir pruebas sobre la mejor práctica y sobre los resultados, incluidos los costos.

Establecer colaboraciones

Para la aplicación eficaz de la práctica de la enfermería basada en pruebas es necesaria una acción coordinada con el ministerio de sanidad, con los encargados de la formación, con los trabajadores de atención de salud y con el sector de salud privado. Las colaboraciones eficaces fomentan la cooperación, reducen al mínimo la superposición y reducen la competencia por los recursos, lo que permite a las organizaciones fortalecer la aplicación de la PBP y aprender unas de otras a:

- Establecer colaboraciones entre los profesionales de salud y los encargados de la política general para compartir información, elaborar estrategias y movilizar recursos para aplicarlos a la enfermería basada en pruebas.
- Trabajar con los encargados de la política general para hacer que aumenten las inversiones en recursos humanos de enfermería y para ejecutar programas y políticas que impulsen la práctica basada en pruebas.
- Impulsar las organizaciones de cuidados de salud, a los investigadores y a los encargados de la política general en lo que se refiere a las consecuencias de traducir el conocimiento en pruebas y en beneficios que conlleven resultados mejores, costos reducidos, etc.
- Trabajar con las instituciones de formación para fortalecer la integración de la práctica basada en pruebas en los planes de estudios de la enfermería.

- Colaborar con los centros de formación y de investigación de enfermería para facilitar la difusión y la aplicación de los resultados de la investigación.

Crear capacidad

Las ANE desempeñan una importante función en la creación de capacidad en toda la profesión de enfermería y en las enfermeras para llevar a la práctica las pruebas, de manera que la enfermería cumple su función de dispensar los mejores cuidados posibles recurriendo a las pruebas de que dispone:

- Impartir seminarios, clubes de publicaciones, debates e instrumentos que puedan descargarse y otros recursos para fomentar la práctica basada en pruebas.
- Prever un espacio/forum para intercambiar y debatir las prácticas, las lecciones aprendidas y las innovaciones para aplicar a la práctica los conocimientos.
- Difundir, entre las enfermeras y otras personas, las innovaciones de la enfermería sobre la base de pruebas actuales.
- Estimular el interés en la investigación de enfermería influyendo para conseguir becas y oportunidades de formación para las enfermeras y para el desarrollo de sus oportunidades profesionales.
- Alentar/facilitar la incorporación de las nuevas tecnologías de la información, mediante mecanismos adecuados de formación y de información.
- Facilitar la gestión del cambio para favorecer la práctica basada en pruebas.

Redactar resúmenes de la política general

La enfermería tiene una importante contribución que hacer a la política de salud. Las enfermeras son excelentes en lo que se refiere a dispensar cuidados y a resolver problemas inmediatos, muchas veces con escasos recursos. Interactúan con los consumidores de cuidados de salud en una amplia variedad de contextos. Esto da a las enfermeras una amplia comprensión de las necesidades de salud, de la manera en que los factores del entorno pueden afectar al estado de salud de sus clientes y de las familias, y de cómo las personas pueden responder a distintas estrategias y servicios. Sin embargo, la enfermería tiene dificultades para transmitir este mensaje a los encargados de la política general. Las ANE están mejor situadas para influir en la política sirviendo de puente entre la cama del enfermo y la sala de juntas. Un modo de hacerlo consiste en preparar intervenciones de política general para influir en favor de más aportaciones de la enfermería a la adopción de decisiones sobre los cuidados de salud. A plazo más largo, las ANE han de trabajar para que las enfermeras participen en la preparación de la política general y para hacer que desaparezca el velo de la política de invisibilidad y la falta de influencia haciendo que sea más alta la voz de las enfermeras. Para ello, las ANE han de preparar modos de información sobre la política general que defiendan, presenten mensajes esenciales e identifiquen el apoyo que se necesita.

Para que la práctica basada en pruebas pueda aplicarse eficazmente, las ANE han de poner a prueba sus propios supuestos y estar dispuestas a trabajar con otros para mejorar sus procesos de prestación de cuidados y los resultados conseguidos en los pacientes. Para la práctica basada en pruebas se necesitan recursos, tiempo y esfuerzo, pero los

resultados hacen que valga la pena. Todo paciente merece una atención basada en los mejores conocimientos científicos y que asegure unos cuidados de gran calidad y económicos. Las ANE, en tanto que voz colectiva de las enfermeras en el plano nacional, son colaboradoras esenciales para la transformación hacia la práctica basada en pruebas.

En conclusión, las ANE deben promover activamente la práctica basada en pruebas recurriendo a diferentes criterios y centrándose en el cambio de las competencias y en la actitud para traducir las pruebas en una práctica con el fin de conseguir mejores resultados de salud. Las ANE también han de explorar otros tipos de actividades, incluidos los criterios orientados al comportamiento, modos que aprovechen la influencia estructural, social o financiera para conseguir un entorno sostenible para la práctica de enfermería basada en pruebas.

ANEXOS

Capacidades de evaluación crítica

Al leer cualquier investigación –trátase de un examen sistemático, una prueba de control al azar, una evaluación económica u otro tipo de estudio– es importante recordar que hay tres cosas generales que hay que considerar: la validez, los resultados, la relevancia. Siempre es necesario responder a las preguntas siguientes:

1. ¿Se ha realizado la investigación de una manera que redujera al mínimo el desfase y el prejuicio?
2. En tal caso, ¿qué muestra el estudio?
3. ¿Qué significan los resultados para el paciente particular o para el contexto en el que se adopta la decisión?

Después de responder a estas tres preguntas esenciales se puede, en general, decidir si continúa utilizando así su tiempo. Hay varios marcos disponibles que pueden utilizarse para hacer preguntas más detalladas y algunas organizaciones tratan de utilizar el mismo para revisar las directrices, con el fin de conseguir un criterio más coherente.

La Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos ha desarrollado el marco siguiente:

Marco para leer y juzgar un estudio de investigación

1. Criticar el artículo de investigación

- a. Título – ¿Describe éste el artículo con precisión?
- b. Resumen – ¿Es representativo del artículo?
- c. Introducción – ¿Deja clara la finalidad del artículo?
- d. Exposición del problema – ¿Se presenta adecuadamente el problema?
- e. Finalidad del estudio – ¿Se ha explicado la razón por la que se lleva a cabo la investigación?
- f. Preguntas de la investigación – Están las preguntas de la investigación claramente definidas y, si no lo están, ¿deberían estarlo?
- g. Marco teórico – ¿Se describe el marco teórico? Si no hay un marco teórico, ¿debería haberlo?
- h. Examen de las publicaciones – El examen de lo publicado, ¿es pertinente para el estudio, es completo e incluye la investigación reciente? ¿Corrobora el examen de lo publicado la necesidad del estudio?
- i. Métodos – El diseño ¿es adecuado para el estudio? ¿Se adapta la muestra al diseño de la investigación y es suficiente su tamaño? ¿Se necesitaba un instrumento de acopio de datos? ¿Cómo se recogieron los datos? ¿Se tuvieron en cuenta la fiabilidad y la validez?
- j. Análisis – El método analítico, ¿es coherente con las preguntas del estudio y con el diseño de la investigación?

- k. Resultados – ¿Se presentan claramente los resultados en el texto, en los cuadros y en las figuras? ¿Se explican claramente los datos estadísticos?
 - l. Debate - ¿Se explican los resultados en relación con el marco teórico, con las preguntas de la investigación y se explica también su importancia para la enfermería?
 - m. Limitaciones – ¿Se presentan las limitaciones y se discuten sus consecuencias?
 - n. Conclusión – ¿Se hacen recomendaciones para la práctica de la enfermería, para la investigación futura y para los encargados de formular la política?
2. Determinar el nivel y la calidad de la prueba recurriendo a una escala (pueden hallarse varias en el Conjunto de Instrumentos de Investigación de la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos cuya dirección es: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit)
3. Decidir si el estudio es aplicable a la práctica de usted.
- a. *¿Puede usted utilizar los resultados y las recomendaciones en su práctica?*

Preparado por Louise Kaplan, PhD, ARNP, FNP-BC, FAANP Senior Policy Fellow, Departamento de Práctica y de Política de Enfermería.

Marco para la práctica de la reflexión

Se dispone de numerosos modelos que pueden ayudar a usted a estructurar sus reflexiones. He aquí un ejemplo de uno de ellos.

Modelo de Johns para La reflexión estructurada (2000)

El modelo reflexión orientada, de Johns, es un marco de preguntas, para el profesional, que está pensado para destacar los modos en que buscamos y validamos el conocimiento que adquirimos por la experiencia. El marco se centra en cinco preguntas esenciales, cada una de las cuales trata de fomentar otras preguntas mediante una reflexión detallada, y así fomenta y permite el aprendizaje experimental.

En tanto que modelo basado en el profesional, Johns lo consideró parte de un sistema de reflexión compartido que, en último término, promovería un conjunto de conocimientos al insistir en el aprendizaje adecuado o aprendizaje en contexto. Por tanto, los métodos de empleo del modelo de Johns precisarían formatos estructurados, tales como diarios, además de apoyo de los supervisores e información crítica.

1. Descripción de la experiencia

- Fenómeno: describir la experiencia.
- Casual: ¿qué factores esenciales han contribuido a esta experiencia?
- Contexto: ¿cuáles son los factores precedentes importantes para esta experiencia?
- Aclaración: ¿cuáles son los procesos esenciales para reflexionar sobre esta experiencia?

2. Reflexión

- ¿Qué trataba yo de conseguir?
- ¿Por qué intervine como lo hice?
- ¿Cuáles fueron las consecuencias que mis actos tuvieron para mí mismo, para el paciente o su familia, para las personas con las que trabajo?
- ¿Qué sentí de esta experiencia cuando sucedía?
- ¿Cómo se sintió por ella mi paciente?
- ¿Cómo sé yo la manera en que el paciente se sintió por ella?

3. Factores influyentes

- ¿Qué factores internos influyeron en mi adopción de decisiones?
- ¿Qué factores externos influyeron en mi adopción de decisiones?

- ¿Qué fuentes de conocimiento influyeron/debían haber influido en mi adopción de decisiones?

4. Evaluación

- ¿Podía yo haber procedido mejor en la situación?
- ¿Qué otras opciones tuve?
- ¿Cuáles serían las consecuencias de estas opciones?

5. Aprendizaje

- ¿Qué siento ahora de esta experiencia?
- ¿Cómo he aprovechado esta experiencia en comparación con experiencias del pasado y con la práctica del futuro?

Si bien las prácticas de reflexión siempre han estado implícitas en el aprendizaje, modelos como éste requieren un planteamiento específico y estructurado del asunto. En cuanto se ha decidido sobre un modelo, debe adoptarse un medio para ese modelo, bien sea mediante un diario, una carpeta, la experiencia laboral o la colaboración y el debate con homólogos. Las maneras en que esos modelos y medios están incorporados en el desarrollo profesional continuo son fundamentales para el éxito global de tal estrategia.

Cuadro de la planificación empresarial/desarrollo del servicio

El aspecto más importante de la mayoría de los planes empresariales son las actuaciones y/o las recomendaciones, y su objetivo principal es, generalmente, conseguir (según consideraciones éticas) el máximo beneficio sobre la inversión (o, en el caso de los servicios públicos y de las organizaciones sin fines lucrativos, el mejor uso de la inversión y de los recursos).

Es éste un plan rápido y fácil que resulta eficaz para la mayoría de los tipos de planes y de los informes de planificación de las empresas. Esta estructura del informe de planificación también puede adaptarse para la planificación de las operaciones y del equipo, pues se aplican los mismos principios.

Esta estructura del plan empresarial es pragmática por su propia naturaleza, es decir, es “idónea para su objetivo” y concisa. Un plan o un informe empresarial se centra necesariamente en el beneficio, en los resultados y en la eficacia financiera (sin lo cual, en general, nada más puede suceder). Sin embargo, son importantes y deben identificarse la deontología y aspectos más amplios de la responsabilidad corporativa (por ejemplo, la seguridad del paciente).

Estructura del plan empresarial/del servicio

- **Página del título:** El título o encabezamiento del plan y una breve descripción de éste si se precisa, autor, fecha, compañía/organización en su caso, detalles de la distribución y confidencialidad.
- **Página de contenidos:** Una lista de los contenidos (básicamente las secciones aquí enumeradas, comenzando por la página de introducción, y enumerando las principales secciones del cuerpo central del cuadro siguiente) que muestre los números de página, además de una lista de los apéndices o addenda (más material de referencia añadido detrás del documento). La página de los contenidos ha de permitir al lector hallar lo que necesita y navegar por el documento fácilmente, y ha de capacitar, al presentador o a quien interroga, para remitir al auditorio a determinados puntos y números de página cuando examina o pregunta.
- **Página de Introducción:** Introducción y objeto del plan, mandato, en su caso (en general para planes o proyectos formales o muy amplios).
- **Principales títulos de cuerpo del plan, si se precisan:** Véase el cuadro, *infra*.
- **Apéndices:** Diagramas, datos estadísticos, ejemplos, desplegados, y otros materiales de referencia que sostengan y apoyen las recomendaciones del plan.

Documento de planificación de la empresa/servicio

1. **Resumen:** Un resumen conciso de todo lo que sigue –un plan claro e irresistible de la evolución del caso o servicio de la empresa, de no más de una página de amplitud– normalmente es mejor escribir este plan en último término. Fuerte

insistencia en las ventajas previstas, en la aptitud estratégica, en los márgenes, en los tiempos y en los beneficios de la inversión.

2. **La oportunidad de mercado (o la situación/antecedentes/necesidad):** (Subtítulos según convenga, sugerencias en letras negritas; también, cuando convenga, referirse a diagramas/mapas que deben presentarse como apéndice) – explicar y definir el mercado– descripciones del sector (o sectores) de usuarios y del segmento (o segmentos) de usuarios. Subrayar los impulsores estratégicos de las empresas en el sector y en los segmentos, los mecanismos de compra, los procesos, las restricciones, el crecimiento, la legislación, la estacionalidad– cuáles son los factores que determinan las prioridades y las necesidades de los clientes, y cuáles son éstas. Explicar las soluciones históricas y las actuales y sus puntos débiles o sus deficiencias. Mostrar y explicar las vías hacia el mercado, los factores estratégicos que influyen, las relaciones. Exponer los productos/servicios y propuestas recomendados y mostrar la práctica basada en pruebas. Indicar los valores y los márgenes característicos/medios que pueden obtenerse de las ventas por contrato. Cuantificar el potencial del mercado y la parte de mercado que puede conseguirse –por segmento si es necesario, sus dimensiones, números, valores, (contratos, ubicaciones, personas/usuarios, etc., lo que permita ampliar la escala de la empresa) –para la propuesta o propuestas hechas. Hacer referencia a ejemplos de estudios de casos si hay alguno (presentarlos en apéndice). Hacer referencia a la competencia real o potencial, a las amenazas, y a las ventajas de usted sobre la competencia (en cuanto a la propuesta, la entrega y la estrategia / vías / colaboraciones). Es lógico y adecuado hacer referencia en esta sección a la deontología y a la responsabilidad social corporativa.
3. **Plan estratégico de actuación:** Subtítulos según convenga –actuaciones, con sus resultados, necesarias para conseguir las metas antes expuestas. Fuerte insistencia en impulsar las organizaciones de ventas y trabajar con ellas o con otros asociados esenciales –aquí puede expresarse usted de manera muy concreta. Las escalas temporales, los costos, los recursos cuando se conozcan y puedan aplicarse. Gran parte de esto ya lo tiene usted presente –sólo necesita que se ordene, se fijen las prioridades y se escriba de manera que forme una serie lógica coherente de actuaciones con resultados y valores que puedan medirse. La gran mayoría de estas actuaciones serán propias de usted, estarán apoyadas por otros, probablemente serán objeto de cierta comercialización. Mostrar los costos y beneficios, y los márgenes a lo largo del tiempo. Mostrar los beneficios totales del año en curso o del periodo de planificación y es también conveniente indicar lo mismo para el año siguiente. Esto puede favorecerse mediante una hoja informativa.
4. **Recomendaciones:** Puntos de actuación/autorización/presupuestos/desarrollo de productos o servicios, recursos que se precisan, etc., necesarios para hacer que suceda. Esto dependerá de la amplitud del apoyo de una autoridad más alta / ejecutiva que se precise –idealmente lo menos posible.

Fuente: www.businessballs.com (2004-2009). © Alan Chapman/Businessballs. Recuperado de www.businessballs.com/freenewbusinessplanstemplates.htm. Prohibida su venta y su publicación. Alan Chapman/los autores/Businessballs no aceptan ninguna responsabilidad de las cuestiones que se planteen.



Investigación de enfermería

Declaración de posición del CIE:

La práctica basada en la investigación es un distintivo de la enfermería profesional. La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para los cuidados de salud de calidad y económicos.

Para fomentar la investigación de enfermería y la práctica basada en la investigación, el Consejo internacional de enfermeras (CIE)

- facilita y promueve la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería, la salud y los sistemas de atención de salud.
- colabora con organizaciones nacionales e internacionales para impulsar la contribución de las enfermeras a la investigación relacionada con la enfermería, la salud y los sistemas de salud.
- fomenta oportunidades para que las enfermeras difundan las investigaciones y escriban en publicaciones internacionales.
- presta apoyo a las redes de investigación para las enfermeras investigadoras.
- Alienta en las asociaciones miembros la creación de capacidades relacionadas con la investigación.
- Fomenta la investigación en sectores que tienen repercusiones en la práctica profesional y resultados mejores para los pacientes y el público y que son de importancia para la práctica diaria de las enfermeras.
- Proporciona un liderazgo mundial para establecer directrices éticas para las enfermeras en la realización, difusión y utilización de la investigación.
- Fomenta el recurso a la investigación para conformar la práctica basada en pruebas.

El CIE apoya a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en sus esfuerzos por fomentar la investigación de enfermería, especialmente:

- Mejorando el acceso a una formación que prepare a las enfermeras para hacer investigación, evaluar críticamente los resultados de ésta, y promover la aplicación adecuada de las conclusiones de la investigación al ejercicio de la enfermería.
- Influyendo a favor de la financiación de la investigación de enfermería por fuentes públicas y privadas.

El CIE considera que las ANE tienen una función esencial que desempeñar para promover y facilitar el proceso de investigación con los empleadores, las instituciones de formación y los organismos de financiación. Mediante la colaboración, las asociaciones, las instituciones de formación, los directores y los empleadores pueden crear un ambiente de búsqueda, aumentar el acceso a la formación en métodos de investigación para impulsar el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de la enfermería y fomentar la aplicación de la investigación a los cuidados de salud.

Antecedentes

La investigación de enfermería es necesaria para generar nuevos conocimientos y hacer avanzar la ciencia de enfermería, evaluar la práctica y servicios actuales y aportar pruebas que influyan en la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería.

La investigación se orienta a comprender los mecanismos fundamentales que influyen en la capacidad de las personas, familias y comunidades para mantener o fomentar un funcionamiento óptimo y reducir al mínimo los efectos negativos de la enfermedad. La investigación de enfermería también debe dirigirse a los resultados de sus intervenciones para conseguir la calidad y la eficacia en costos de la atención de enfermería.

La investigación de enfermería también fomenta el conocimiento de las políticas y sistemas de prestación eficaz y eficiente de los cuidados de enfermería; la conciencia de la profesión y de su evolución histórica; la comprensión de las directrices éticas para la prestación de los servicios de enfermería; y el conocimiento de los sistemas que preparan eficazmente a las enfermeras para cumplir el mandato social, actual y futuro, de la profesión.

El CIE ha identificado prioridades para la investigación de enfermería en la salud, la enfermedad y los servicios de prestación de cuidados¹, que ponen de relieve la calidad de la atención y su eficacia en costos, los cuidados basados en la comunidad, la fuerza de trabajo de la enfermería y la reforma de la atención de salud.

Adoptada en 1999

Examinada y revisada en 2007

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

¹ Consejo Internacional de Enfermeras (1997), Investigación de enfermería: Establecimiento de un programa internacional de investigación. Informe del Comité de expertos en Investigación de enfermería. Ginebra: CIE



LA ENFERMERÍA IMPORTA

*En las páginas informativas **La enfermería importa** se facilita información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales.*

Indicadores de los resultados logrados por la enfermería

Introducción

Con la reforma de la atención de salud, la búsqueda de la economía de los costos y la calidad de los cuidados, y la creciente complejidad de los sistemas de atención de salud se insiste más en las pruebas y en los resultados. Estos elementos, junto con una mayor preocupación por los cambios de la combinación de capacidades indujeron a la enfermería a centrarse en la identificación de indicadores de los resultados causados por las aportaciones de la enfermería y por los niveles de la dotación de personal.

Resultados en el paciente conseguidos por la enfermería

Los resultados definen el producto final de las intervenciones de enfermería y son indicadores de la solución del problema o del progreso hacia la solución del problema o del síntoma.

¹ La ICNP® define el resultado de la enfermería como la evaluación o el estatuto de un diagnóstico en un momento dado después de una intervención de enfermería. Sin embargo ², « los resultados en el paciente conseguidos por la enfermería » se definen como cambios del estado de salud en los que la enfermería ha tenido una influencia directa.³ Las variables que influyen en los resultados obtenidos en el paciente son, entre otros, el diagnóstico, los factores socioeconómicos, el apoyo familiar, la edad y el género, y la calidad de los cuidados dispensados por otros profesionales y por el personal de apoyo.

¹ Sitio web de la ANA: <http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm>

² Consejo internacional de enfermeras (2001), International Classification for Nursing Practice – Versión Beta 2. Ginebra, CIE.

³ Ke-Ping A. Yang; Lillian M. Simms; Jao-Chen T. Yin (1999) Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, Online Journal of Issues in Nursing , Artículo publicado el 3 de agosto de 1999

Indicadores comúnmente utilizados de los resultados logrados por la enfermería

Los siguientes resultados en el paciente son indicadores generalmente utilizados de los resultados conseguidos por la enfermería.⁶

- 1) Complicaciones en el paciente, tales como infecciones del tracto urinario, úlceras cutáneas por presión, neumonía hospitalaria, y trombosis profunda o embolia pulmonar.
- 2) Un grupo de medidas exploratorias, que van desde el sangrado gastrointestinal, hasta complicaciones del sistema nervioso central, sepsis y ataque/paro cardíaco.
- 3) Complicaciones entre los pacientes de cirugía, tales como infecciones de heridas, fallo pulmonar y perturbaciones metabólicas.
- 4) Duración de las estancias de los pacientes, y fracaso terapéutico (falta de respuesta a condiciones urgentes de los pacientes tales como el "shock", el paro cardíaco y la trombosis en venas profundas, que pueden dar lugar a un aumento de la morbilidad o de la mortalidad).

Además se ha preparado un inventario de los resultados en el paciente relacionados con el ámbito de la práctica y con la combinación del personal en una institución de salud. Entre esos resultados figuran los siguientes:⁷

- Control de los síntomas y variación de la gravedad de éstos.
- Situación funcional.
- Conocimiento del estado y del tratamiento.
- Satisfacción del paciente con los cuidados dispensados.
- Visitas de urgencia, no planificadas, al departamento.
- Readmisiones hospitalarias no planificadas.
- Fortaleza del conjunto del tratamiento.

¿Cuál es la importancia de los indicadores sensibles a la enfermería?

El empleo de indicadores de resultados logrados por la enfermería ayuda a centrar la atención en la seguridad y calidad de los cuidados dispensados a los pacientes y a medir los resultados de la atención.⁸ Es importante que las enfermeras y las instituciones de salud reúnan datos que les permitan seguir de cerca los costos y la calidad actuales de los cuidados dispensados a los pacientes. El empleo de indicadores de resultados sensibles a la enfermería es de importancia crucial para demostrar patentemente que las enfermeras introducen una diferencia esencial y de carácter económico en la prestación al paciente de unos servicios seguros y de gran calidad.

No puede exagerarse la importancia que tiene articular unos indicadores de la calidad de los resultados logrados por la enfermería. Esa articulación y la correlación de las actividades de la enfermería con los resultados de salud favorecen decididamente una asignación adecuada de los recursos para la atención de salud. Por ejemplo, estudios comparativos de los niveles de la dotación de personal con los resultados en los pacientes muestran que cuando hay más enfermeras especialistas, los pacientes sufren menos complicaciones, sus estancias hospitalarias son más breves, los índices de mortalidad son más bajos e inclusive

⁶ <http://nursingworld.org/books>

⁷ Calgary Health Region.

<http://www.clpna.com/HPA.pdf#search=%22%22Nursing%20sensitive%20outcome%20indicators%20%22%22>

⁸ Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos.

<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm>

los costos globales son menores.⁹ Análogamente, se ha constatado que hay una relación fuerte y coherente entre el número del personal de enfermería y cinco resultados en los pacientes: infecciones del tracto urinario, neumonía, duración de las estancias hospitalarias, sangrado del tracto gastrointestinal superior y “shock”.¹⁰ Esto significa que unos niveles más elevados de dotación de personal de enfermeras guardan relación con efectos menos adversos.

Conclusión

Los indicadores de resultados logrados por la enfermería tienen por objeto establecer correlaciones entre las intervenciones de enfermería que los pacientes han recibido y su estado de salud resultante. Tienen por objeto medir la eficacia de la atención de enfermería midiendo los resultados conseguidos en los pacientes. Los vínculos se observan más fácilmente cuando se identifica el diagnóstico, la intervención y los resultados.

Como las enfermeras forman parte integrante del sistema de prestación de cuidados de salud, los indicadores sensibles a la enfermería captan lo que las enfermeras hacen, los resultados que consiguen y a qué costo. Es éste un paso importante para asignar adecuadamente los recursos de atención de salud y para hacer visible la contribución de la enfermería a la atención de salud.

Para obtener más información, póngase en contacto con: icn@icn.ch

El **Consejo internacional de enfermeras (CIE)** es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y al frente de la enfermería en el plano internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

TG/2007

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2009 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras

3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

⁹ Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos (1997), *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing Length of Stay and Patient Outcomes*. Sitio web de la ANA:

<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm>

¹⁰ Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos.

<http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm>



LA ENFERMERÍA IMPORTA

*En las páginas informativas **La enfermería importa** se facilita información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales.*

La investigación de enfermería: Instrumento de acción

Qué es la investigación de enfermería

La búsqueda de unos cuidados de salud de calidad y eficientes en costos ha situado en primera línea la práctica profesional basada en pruebas y la investigación de enfermería. Esta investigación es una búsqueda sistemática que trata de aportar nuevos conocimientos de enfermería en beneficio de los pacientes, las familias y las comunidades. Abarca todos los aspectos de la salud que son de interés para la enfermería, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de las personas de todas las edades durante la enfermedad y la recuperación, o para una muerte pacífica y digna¹. La investigación de enfermería aplica el método científico para tratar de adquirir conocimientos, responder a preguntas o resolver problemas.

El conocimiento que se genera mediante la investigación de enfermería se emplea para desarrollar la práctica basada en pruebas, mejorar la calidad de los cuidados y conseguir unos resultados óptimos y unas intervenciones de enfermería eficientes en costos.

El por qué de la investigación de enfermería

La práctica basada en la investigación es la característica fundamental de la enfermería profesional. La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para una atención de salud de calidad y eficiente en costos². La investigación de enfermería es necesaria para generar nuevos conocimientos, evaluar la práctica y los servicios actuales, y aportar pruebas que configuren la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería. La investigación de enfermería es un medio poderoso para responder a preguntas sobre las intervenciones de atención de salud y hallar modos mejores de promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar cuidados y servicios de rehabilitación a las personas de todas las edades y de distintos contextos.

¹ Consejo Internacional de Enfermeras (1998), Guía práctica para la investigación de enfermería. Publicada por W.L. Holzemer. Ginebra: CIE.

² Consejo Internacional de Enfermeras (1999), Declaración de posición del CIE sobre Investigación de enfermería.

El principal objetivo de la investigación de enfermería es mejorar los resultados de los cuidados haciendo avanzar los conocimientos y la práctica de la enfermería, e informar la política de salud. Para ello, el CIE facilita y favorece la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería, la salud y los sistemas de atención de salud.

Prioridad para la Investigación de enfermería

El CIE ha identificado en dos amplios sectores las prioridades de la investigación de enfermería referentes a los fenómenos que interesan a ésta. Se trata de los servicios de salud y enfermedad y de prestación de los cuidados.¹

Salud y enfermedad. La investigación de enfermería en la salud y en la enfermedad se ocupa de diversos sectores, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el control de los síntomas, la vida con enfermedades crónicas, y el fomento de la calidad de la vida; prestar cuidados a los pacientes que experimentan cambios en la salud y en la enfermedad; evaluar y vigilar los problemas de los clientes; facilitar las intervenciones de prestación de cuidados de enfermería y verificarlas, y medir los resultados de los cuidados.

Las prioridades recomendadas de la investigación de enfermería en relación con la salud y la enfermedad son, entre otras, problemas tales como el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades crónicas, la lucha contra las infecciones, y los problemas de salud de la mujer y de salud mental.

Prestación de los servicios de atención de salud. Las prioridades de la investigación de enfermería en los servicios de prestación de cuidados se centran en la calidad y economía de los cuidados, en los cuidados basados en la comunidad, en la fuerza de trabajo de enfermería y en la reforma de la atención de salud. Campos adecuados para la investigación de enfermería son, entre otros, los efectos que tienen en los clientes las intervenciones de enfermería, la práctica de la enfermería basada en pruebas, la atención primaria de salud, los cuidados a domicilio, la calidad de la vida laboral de las enfermeras, la retención, la satisfacción con el trabajo, las repercusiones de la reforma en la política de salud, la planificación y evaluación de programas, las consecuencias en la equidad y en el acceso los cuidados de enfermería y sus efectos en ésta, y la financiación de la atención de salud.

¹ Consejo Internacional de Enfermeras (1997), Informe del Grupo de expertos de investigación, del CIE

Estrategias para la Investigación de enfermería

Las estrategias empleadas en la investigación de enfermería deben favorecer esa investigación en el plano internacional y han de crear y sostener la base de conocimientos para la práctica de la enfermería. Las estrategias del CIE están pensadas para incrementar la capacidad de hacer investigación de enfermería en el plano internacional y tienen por objeto:

- Prestar apoyo y alentar a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) a crear capacidades de investigación de enfermería, por ejemplo elaborando un programa y unas prioridades para la investigación, prestando apoyo y asesoramiento para ésta, bases de datos relacionadas con la investigación, formación, difusión y utilización de la investigación, y fomento de la cooperación en la investigación de enfermería.
- Seguir colaborando con la OMS, las ONG y otros organismos para conseguir que el programa internacional de investigación de enfermería sea visible y figure en las declaraciones de prioridades; influir para que las enfermeras investigadoras formen parte de consejos y de órganos internacionales de investigación de salud adecuados.
- Establecer y favorecer una red de enfermeras investigadoras que tenga capacidad para llevar adelante el programa internacional de investigación de enfermería recomendado sobre la salud, la enfermedad y la prestación de los servicios de atención.
- Fomentar y promover la utilización de Internet para mejorar las comunicaciones internacionales entre las enfermeras investigadoras, facilitar el acceso a la documentación y a un equipo internacional de enfermeras investigadoras expertas.
- Promover las oportunidades de que las enfermeras investigadoras publiquen en revistas internacionales como la *International Nursing Review*; animar a los directores de publicaciones a que busquen suscriptores en todos los países; ayuden a los autores cuya primer idioma no sea el inglés; y alentar a las publicaciones a que incluyan un resumen en inglés si la revista se publica en otro idioma.

En los tiempos de la práctica profesional basada en pruebas y de los cuidados de salud impulsados por el conocimiento, las enfermeras se ven ante el reto constante de descubrir maneras nuevas y mejores de dispensar unos cuidados basados en nuevos conocimientos y pruebas obtenidas mediante la investigación. Las enfermeras tienen ante la sociedad la obligación profesional de dispensar unos cuidados constantemente sometidos a revisión, investigación y validación.

Para obtener más información, póngase en contacto con: icn@icn.ch

El **Consejo internacional de enfermeras (CIE)** es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y al frente de la enfermería en le plano internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

TG/2002

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2009 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras

3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

REFERENCIAS

Browne M (1997). The field of information policy. *Journal of Information Science*. Vol. 23. pp. 261-275.

Considine J & McGillivray B (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 138-144. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.

Cullum N (1997). Identification and analysis of randomised controlled trials in nursing: preliminary study *Quality in Health Care* 6.

Dunning M, Lugon M, MacDonald J (1998). Is clinical effectiveness a management issue? *BMJ* 316: 243.

Farrington M, Lang S, Cullen L and Stewart S (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric and neonatal patients [corrected] [published erratum appears in *PEDIATR NURS* 2009 Mar-Apr;35(2):85]. *Pediatric Nursing*, 35(1), 17-24.

Gray AM (1999). Is this intervention cost effective? in Dawes et al. (2005) Evidence based practice: a primer for health care professionals, 2nd edition, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Hamer S and Collinson G (2005). Achieving Evidence based practice A handbook for practitioners 2nd ed Balliere tindall London.

Higuchi KS, Smith K, Davies BL, Edwards N, Ploeg J and Virani T (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10):1329-1338, May 2011.

International Council of Nurses (2007). ICN policy on Nursing research: www.icn.ch

Kurniawan T and Petpichetchian W (2011). *Nurse Media Journal of Nursing*, 1,1, January 2011, 43 – 53.

Lavis JN (2007). Research, public policymaking and knowledge translation processes: Canadian efforts to build bridges *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 26, Issue 1 37-45

Lewin K (1997). Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science.

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L and Law S (2005). *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Lomas J (2007). Formalised Informality: An action plan to spread proven health innovations. Wellington: Ministry of Health New Zealand.

Mantzoukas S (2008). 'A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy', *Journal Of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 2: pp 214-22.

Mc Sherry R and Warr J (2008). An introduction to excellence in Practice Development in Health and Social Care Open University Press Maidenhead, UK.

Mazurek Melnyk B and Fineout-Overholt E (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins,

Oxman A, JN Lavis, Lewin S, Fretheim A (Eds), SUPPORT Tools for evidenced informed health policy making report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services No4 2010, <http://www.support-collaboration.org/supporttool.htm>

Pearson A and Jordan Z (2010). 'Evidence-based healthcare in developing countries', *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 8 Is. 2: pp 97-100.

Pettigrew M and Roberts H (2005). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*, Oxford, Blackwell.

Pravikoff DS, Tanner AB and Pierce ST (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105(9): 40-52.

Ruland C (2010). Translating research into practice. In Holzemer, W.L (ed), *Improving Health through Nursing Research*. Geneva: ICN.

Tlou S (2006). Evidence-based nursing practice in Botswana. *Primary Health Care and Development* 2006;/:309-313.

Ward V, Smith S and Foy R (2010). A framework of knowledge transfer (KT) which can be incorporated into grant proposals. Leeds Institute of Health Sciences.

World Health Organisation (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* WHO Geneva

OTROS RECURSOS

American Nurses Association (n.d.). Research Toolkit. Available at:

<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit>.

Birks M, Francis K, Chapman Y, Mills J and Porter J, (2009). 'Supporting the evolution of a research culture in Malaysia', *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27 No. 1: pp 89–93. Accessed July 2011: <http://www.ajan.com.au/Vol27/Birks.pdf>.

Birks M (2011). 'Making it real: a hands-on approach to teaching research', *International Nursing Review*, Vol. 58 Iss. 2: pp 270-272. Accessed July 2011: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00894.x/full>.

BrachC, Lenfesty N, Rousset A, Amoozegar J and Sorenson A (2008). Will it work here? A decision makers guide for adopting innovation. AHRQ September available at www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx.

Bradley H and Gillham D (2008). 'Collaborative strategies to promote evidence based practice in a developing country', *Journal of the World Universities Forum*, vol. 1, no. 5, pp. 83-87.

Callister LC (2009). 'Global Health And Nursing: How is Evidence-Based Decision Making Promoted for Childbearing Women in Australia?', *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Vol. 34 No. 2 (March/April): pp131 – 131. Accessed 21st July 2011: www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513.

Coopey M, Nix MP, Clancy CM (2006), 'Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice and Evaluating Effectiveness', *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 21 No. 3 (July/September): pp195-202, PDF Accessed 21st July 2011: <http://nursing201.pbworks.com/f/PBP+Coopey.pdf>.

Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E Mazurek Melnyk B and Stillwell S (2011). 'Evidence-based practice step-by-step: Implementing an Evidence-based Practice Change, *American Journal of Nursing*, Vol. 111 No. 3 (March): pp 54-60.

Greenhalgh T, Robert G, Mac Farlane F, Bate P and Kyraikidou O (2004). Diffusion of Innovation in service organisations: a systematic review and recommendations *Milbank Quarterly* Vol 82 pp581-629.

Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peters G, Goedhuys J and Aertgeerts B (2007). 'Barriers to evidence-based nursing: a focus group study', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 60 No. 2 (October): pp 162-171.

Holleman G, Eliens A, Van Vliet M and Van Achterberg T (2006). 'Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53 Iss. 6: pp 702–709.

International Council of Nurses (2011). 'New training method developed by ICN transforms tuberculosis care', *International Nursing Review*, Vol. 58 No. 2, pp 151-153. Accessed July 2011: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911_2.x/pdf

Jordan Z (2009). 'The "Agonies of Evidence" in the Developing World', *PACEsetterS*, Vol. 6 Iss. 2: (April/June) pp 6–8. Accessed July 2011: [www.ioannabriggs.edu.au/Documents/PACE6\(2\)2009.pdf](http://www.ioannabriggs.edu.au/Documents/PACE6(2)2009.pdf)

Kaplan WA (2006). 'Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?' *Globalization and Health*, Vol. 2 No. 1. Accessed: 21st July 2011: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925.

Ministry of Health New Zealand (2011). 'Better, Sooner, More Convenient Health Care in the Community', Wellington. Accessed July 2011: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open

Oshana D (2006). 'Evidence-based practice: A primer and resource guide', Chicago: Prevent Child Abuse America. Accessed 11th July 2011: http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/PBP_Primer_and_Resource_Guide.pdf?docID=161.

Somers A, Mawson S and Gerrish K, Schofield J, Debbage S and Brain J (2006). 'The Simple Rules Toolkit' (An educational tool designed to help staff differentiate between clinical audit, research and service review activities'), Sheffield: Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. Accessed 11th July 2011: <http://tinyurl.com/5u5sqcv>.

Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J et al, 2009, 'Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change', *Implementation Science*, Vol. 4:78. Accessed 11th July 2011: www.implementationscience.com/content/4/1/78

University of Pittsburgh (n.d.) Training Program: Global Health and Under-served Populations Track. Internal Medicine Residency Program. Accessed July 2011: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/globalhealth.html

University of Pittsburgh (n.d.) Evidence-based medicine for developing countries project. Available at: www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc