

El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria

The paradigm of the evidence-based nursing (EBN) on the hospital clinical nursing

Autor: Verónica Díaz Sánchez (1), Macarena Álvaro Noguera (1), Elena Campo Cecilia (1), Fernando Saavedra Sánchez (1), Maria Dolores Cabrera Artacho (2).

Centro de Trabajo: (1) Hospital de Fuenlabrada (Madrid, España), (2) Servicio Extremeño de Salud (Extremadura, España)

Fecha del Trabajo: 09/02/2007

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar el grado de introducción de la cultura de EBE en la enfermería clínica del Hospital de Fuenlabrada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio tiene un carácter exploratorio y utiliza una estrategia de tipo cualitativo a través de la teoría fundamentada. El método de muestreo de los participantes será teórico.

Ámbito de estudio: Entornos de las unidades de hospitalización y urgencias del Hospital de Fuenlabrada.

Sujetos de estudio: enfermeras y médicos clínicos; pacientes y familiares usuarios del hospital que hayan desarrollado o recibido asistencia sanitaria en dicho hospital en el año 2007.

Desarrollo: El trabajo de campo se generará a través de la observación participante en dos periodos, el primero donde se realizará el contexto etnográfico, el segundo o focal donde se desarrollará la observación intensiva de las unidades de enfermería. Se complementará con las entrevistas en profundidad de los profesionales y pacientes seleccionados. Además de análisis de documentación. Se implementará como herramienta fundamental el diario de campo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Análisis de datos: descriptivo de bajo nivel inferencial. Generación de categorías significativas. Se utilizará el programa informático Atlas. Ti 5.0. Las limitaciones y dificultades previstas en el proyecto tienen que ver con la financiación, obtención de permisos, accesibilidad al campo, identidad como sanitarias, la capacidad de extrañamiento y las necesidades de flexibilidad y versatilidad a lo largo del proceso.

Palabras clave: Enfermería basada en la evidencia, proyecto, investigación cualitativa, modelos profesionales, organización

Abstract:

OBJECTIVES: To analyze the degree of introduction of the EBN knowledge into the clinical nursing at the Hospital of Fuenlabrada.

MATERIAL AND METHODS: This research has an exploratory nature and adopts a qualitative-type strategy by using a supported theory. The participants sampling method will be theoretical.

Field of research: Hospital of Fuenlabrada Hospitalization and Emergency unit's environment. **Research subjects:** Clinical nurses and doctors, patients and relatives hospital users who have developed or received medical care at that hospital in the year 2007.

Development: The fieldwork will be generated by participating observation in two phases: at first stage the ethnographic context will be realized and at a latter or focal stage the intensive observation of nursing units will be developed. It will be complemented by in-depth interviews with selected health professionals and patients. Besides documentation analysis, the logbook will be implemented as an essential tool.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS:

Data analysis: descriptive, low level of inference. Generation of significant categories. The computer application Atlas.Ti 5.0 will be operated. Restrictions and difficulties foreseen in this project are to do mainly with funding, obtaining permits, field accessibility, identity as sanitary staff, surprising capability and necessity for flexibility and versatility all along the process.

Key words: Evidence-based nursing, project, qualitative research, professional models, organization

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el uso de la práctica basada en la evidencia ha revolucionado el mundo sanitario en sus planteamientos (1). Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. En este sentido la enfermería basada en la evidencia (EBE) viene a responder a una práctica de los cuidados coherentes con los conceptos que desarrolla el modelo.

La EBE partió inicialmente del concepto de Medicina Basada en la evidencia, tras la definición del profesor Sackett en los años 90, de tal forma que su evolución posterior beneficio al concepto de EBE, al incorporar elementos adicionales que se referían no sólo a la disponibilidad de la mejor evidencia científica disponible a través de la investigación, sino la incorporación del empleo del propio juicio profesional derivado de la experiencia, las preferencias y valores de los pacientes y los recursos disponibles (2). De este modo podríamos llegar a conseguir las mejores cuidados enfermeros aplicados a una persona o población si considerásemos cada una de estas dimensiones en nuestro quehacer diario. Ya no se aspira a garantizar cuidados básicos para toda la población, sino la prestación universal de servicios de alta calidad, definidos por criterios de efectividad y coste efectividad probados. Se potencia así elementos de racionalización coherente con los valores y preferencia del paciente para responder a una demanda creciente de servicios en un contexto de recursos limitados. (3)

Recurriendo al pensamiento lógico de Popper, defensor del falsacionismo (4), podremos pensar que si el conocimiento científico es cada vez mayor la práctica clínica debe ser cada vez más efectiva. La EBE nos hace reflexionar sobre los referentes epistemológicos y metodológicos en los que se basa la práctica clínica habitual. La visión que se proyecta desde este nuevo paradigma hace pensar que el quehacer enfermero no se basa en el uso consciente y juicioso de las mejores pruebas para el cuidado de los pacientes, es decir que existe una enfermería que no es evidencia.(5). Utilizando las palabras de Chalmers (6), el inductismo ingenuo en el que se encuentra anclado la labor de cuidar adquiere su mayor relevancia a la hora de mostrar una disciplina enfermera que no aplica el mejor conocimiento científico disponible de un modo sistemático a la hora de cuidar al paciente. Podríamos hablar de un divorcio entre el conocimiento y la práctica. (7) que se ve reflejado en trabajos en los que se demuestra que los enfermeros tienen una actitud positiva en relación a la aplicación de los hallazgos científicos a su práctica asistencial, pero su aplicabilidad está limitada. (8). Hay un dicho que dice “dime lo que lees y te diré quien eres”. Parafraseándolo se podría decir: “ dime qué conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas y te diré que clase de cuidados das” (9).

En contraposición podríamos encontrarnos un activo enfermero en constante adaptación cultural según las necesidades y expectativas del paciente en busca activa por el logro de la excelencia en su práctica profesional. Reflejo de esta evolución es el aumento del número de publicaciones que incorporan la evidencia al campo de la enfermería. Para hacernos una idea de esta cuestión, nos referiremos al trabajo de Gálvez Toro sobre el crecimiento de la ciencia enfermera en España en relación a la producción científica circulante (10). La excelencia adquirida por unos cuidados que se centran en la evidencia y la investigación que caracteriza a una disciplina enfermera que busca dar respuesta a las necesidades de la población de una forma dinámica y continúa. Hablamos de un tipo de profesional que tiene la certeza de que al incorporar los resultados de investigación relevantes para su práctica está contribuyendo a aumentar

las posibilidades de conseguir los resultados esperados evitando efectos no deseados derivados de los mismos, es decir, mejorando los cuidados (11)

La incorporación de EBE en el entorno clínico está en fases preliminares de lo que podríamos concebir como el despertar de la evidencia en la enfermería clínica española. Ante de pesar la importancia de basar los cuidados en la mejor evidencia disponible, debemos de ser cautos a la hora de proclamarlos insertos en el ámbito clínico-asistencial. La literatura revisada nos ofrece un panorama de limitaciones a la hora de incorporar la práctica diaria a los cuidados de enfermería basados en la evidencia. Estas limitaciones tienen que ver fundamentalmente con el propio individuo y la organización donde presta sus servicios, además de las características de la investigación propiamente dicha y los elementos que caracterizan las publicaciones científicas (12,13)

Siguiendo el hilo argumental se hace necesario el poder buscar escenarios de reflexión en torno al colectivo enfermero y las instituciones donde desarrollan su labor profesional.

Desde el punto de vista organizacional, nos parece interesante partir de fenómeno de la autonomía profesional dentro de las organizaciones. Si bien la enfermería es considerada una profesión, no cumple plenamente todas las características que se le atribuye a una profesión desde la sociología. Esta carencia viene reflejada por la escasez de la autonomía de la profesión, dada la tradicional dependencia respecto a la profesión médica, y porque las funciones propias no terminan de ser unánimemente fijadas y públicamente delimitadas con claridad (14).

Esto redundo en una escasez de claridad a la hora de delimitar áreas de conocimiento y habilidades específicas de la profesión enfermera. Si el colectivo profesional no tiene claro el cuerpo propio de conocimiento, difícilmente podrá acrecentarlo a través de la investigación y el uso de la evidencia. Por otro lado, la propia sociedad no identificará al profesional enfermero como el proveedor de unos cuidados que satisfagan determinadas necesidades de salud. Siendo así, que las propias instituciones apliquen estrategias basadas en modelos poco exitosos de gestión del conocimiento, que menoscaban la valoración del capital humano del profesional enfermero (15). Sus aportaciones son frecuentemente consideradas como mera plusvalía médica, siendo infravalorada como conocimiento útil para producir servicios diferenciados y de mayor calidad, así como, productos innovadores y ventajas competitivas.

EEUU y Reino Unido son ejemplo de naciones que han incorporado la práctica basada en la evidencia a sus sistemas sanitarios como forma de modernización de los mismos, partiendo de supuesto tan reveladores como el reconocimiento por parte del propio gobierno británico de que las organizaciones no favorecen el desarrollo profesional enfermero e impiden continuamente las innovaciones en la Enfermería (16,17)). Actualmente dentro de los objetivos instituciones del ministerio de sanidad se encuentran las políticas de fomento de la seguridad de paciente, que de un modo transversal, están favoreciendo una práctica basada en la evidencia que asegure resultados esperados, minimice complicaciones y efectos adverso derivados de las intervenciones en salud (18). Sin embargo, es interesante mantener que este tipo de estrategias requiere de un importante apoyo de los gestores sanitarios en general y los gestores enfermeros en particular, que sienta relevante el desarrollo profesional a través de EBE, dotando de recursos necesarios para alentar una enfermería de calidad basada en la evidencia disponible. (19). De esta forma, se podrá reducir distancias en las organizaciones y los modos de gestión al analizar las políticas instituciones y la investigación sanitaria.

Por otro lado, nos queda una dimensión fundamental para cerrar el círculo reflexivo en torno a la EBE, ésta es la que tiene que ver con el rol y modelos de práctica profesional.

La existencia de estudios que demuestran la escasez de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la evidencia deja que pensar. Esto es ampliamente explicado en un artículo de Morales Asensio (20) donde nos muestra prácticas sanitarias que dictan de ser guiadas por la evidencia. Sírvase nombrar uno de los ejemplos que plantea el autor. Es el caso del estudio de Pancorbo y col donde se ponía en relevancia la falta de conocimiento de las enfermeras de recomendaciones fundamentales en el cuidado de úlcera por presión. Por citar otros ejemplos, podemos reflexionar sobre la falta de coherencia entre la evidencia disponible y el uso del enema rectal en el parto. Los estudios de Romney and Gordon en 1981 y Drayton and Rees en 1984, sobre el uso del enema en un parto eutócico, demostraron que la aplicación de enema rectal a la parturienta no favorecía la dinámica uterina significativamente, así como, no siempre mejoraría el descenso de la cabeza fetal y disminuiría el riesgo de infección fetal (21). Así pues, aún hoy después de más de 20 años de estos estudios se sigue practicando enemas sistemáticamente a mujeres parturientas en nuestros hospitales. Podríamos seguir ilustrando nuestro artículo con el uso del lavado gástrico en recién nacidos sanos tras parto eutócico sin presencia de meconio. En un artículo de revisión sobre un estudio de Cuello y col en México a través de un ensayo aleatorio simple ciego, enmascarado, las autoras mencionan que el procedimiento de lavado gástrico está contraindicado y debe eliminarse como práctica rutinaria. Mantiene que sólo por indicación médica debe realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo. Sin embargo en el 70% de los hospitales de este país siguen manteniendo esta práctica (22).

Sabemos que el conseguir transformar la investigación en práctica es una tarea exigente que requiere rigor intelectual y disciplina, así como creatividad, juicio clínico y destreza, inteligencia organizacional y paciencia. (Horsey y col 1983, tomado de A Gálvez) (23). Esta característica única previa a las otras ha intentado ser descrita por diferentes autores, el caso de Young (24) hace hincapié en que las enfermeras deben tener como característica una confianza suficiente en su trabajo para poder cuestionarse si la práctica habitual es la mejor práctica. En este sentido resaltamos el estudio de Gabbay y col, citado por Morales Asensio (20), que partiendo de una metodología cualitativa plantea una pregunta que sitúa perfectamente la cuestión que nos ocupa. ¿Qué mueve al profesional a usar recomendaciones basadas en la evidencia? Como describe Morales Asensio los autores del estudio construyen una categoría fundamental que arroja luz a la capacidad de modificación de las prácticas clínicas con recomendaciones basadas en evidencias las "*mindlines*" o "líneas de opinión". Estas están definidas en el artículo de Morales Asensio como guías de actuación tácita, interiorizada, reforzada por el grupo, generadas por lecturas breves, la interacción con otros compañeros, líderes de opinión, representantes farmacéuticos, etc. Estas líneas se refinarían mediante la adquisición de conocimiento tácito procedente de "fuentes de confianza", como otros colegas con prestigio. Pero no podemos olvidar que nuestro pensamiento configura nuestras acciones, de tal manera que la forma de construir nuestro conocimiento configurará nuestra forma de desarrollarlo. Todo esto hay que relacionarlo con los valores presentes en la organización y en el propio profesional. En esta línea el trabajo de Aguilar Luzón y col. pone de manifiesto que estos valores actúan como normas que sirven para realizar juicios y elegir entre modos alternativos de conducta laboral (25). Es así, que exista diversidad de formas o modos de práctica clínica. Además, éstas no se dan de un modo aislado sino que se desarrollan dentro de un contexto de referencia que las potencia o las

atrofian. La responsabilidad de las organizaciones en este sentido es fundamental para capacitar un estilo de práctica concreto.

De Pedro Gómez y col en su artículo citan a Brennan cuando nos hablan de “modos de cuidar” o adherencias a determinados estilos de práctica (26) planteándonos las identidades formales o informales, que adquieren las enfermeras en relación a normas, valores y vías de comunicación que establecen distintos grupos en las organizaciones. Estos modos de cuidar dan lugar a lo que se llama Modelos de Práctica Enfermera (MPE) que metafóricamente son los distintos caminos por donde los profesionales transitan hasta llegar sus destinos. Estos destinos no son exclusivamente individuales sino que tienen que ver con las preferencias, intereses y objetivos asistenciales de la institución. Es así que Brennan, los define como representaciones multidimensionales de la estructura y contexto que se dan en el ejercicio de la práctica clínica de cualquier grupo de enfermeras (citado por De Pedro y col). Además, el apego al concepto profesional del colectivo de enfermería, en el sentido de un credo ideológico, también nos enriquece en el análisis de las pautas de comportamiento profesional y de prestación de cuidados. Es así, que dependiendo de la orientación de los valores ideológicos, aun cuando estos sean implícitos, nos situarán en prácticas ligadas a la técnica, a la relación, o ciertos conceptos de salud. Lo que si que hay que tener presente es que toda enfermera tiene una percepción de su contribución al grupo y a la organización, y este condicionará tremendamente su forma de cuidar (26).

Acompañando a los planteamientos anteriores y haciendo referencia a lo que entendemos por los “modos de cuidar” es interesante pararnos a reflexionar sobre el MPE predominante en nuestro medio hospitalario. Siguiendo a Collièrer, nos habla de un modelo de enfermería cuya razón de ser es el enfermo, pero en calidad de portador de la enfermedad. El objeto del trabajo del profesional es verdaderamente la enfermedad. A su alrededor se selecciona y elaboran los conocimientos necesarios. La enfermería hospitalaria se organiza alrededor de diferentes tareas prescritas por el médico para investigar, tratar y controlar la enfermedad (27). La enfermedad es la que dirige la actividad de la enfermera y da sentido a las tareas que hay que realizar. Los cuidados de los pacientes se convierten en la “técnica”, después de los “cuidados técnicos”. La enfermedad es la que los determina, la que los orienta (28).

En este universo, es sospechoso que el paradigma de la EBE difícilmente puede abrazar todas las dimensiones del mismo. Es pensado que resulta menos costoso el desarrollo de la dimensión cuantitativa del modelo por las aproximaciones que tiene a la corriente biológica imperante en la enfermería hospitalaria de nuestro país. Es así, que la búsqueda de la mejor evidencia pase por una investigación en enfermería amenazada por el yugo del cientificismo: predominando la metodología en detrimento de un interrogante sobre la concepción, la filosofía y el contenido social y cultural de los cuidados de enfermería. Un cierto rigor aparente puede enmascarar un reparo hacia el tratamiento de los problemas de la vida y la muerte, a los que se enfrenta la enfermera a diario en un frío aislamiento. Si realmente queremos desarrollar una enfermería basada en la evidencia debemos replantearnos la obsesión gravitatoria por el objeto (cuidados) y sujeto de cuidado (persona cuidada), siempre y cuando se haga en detrimento del interrogante sobre los vividos de los cuidados, tanto para la persona que cuida como para quien es cuidado. Es el riesgo del mito del hallazgo aséptico en cuidados de enfermería. Se busca la evidencia de mano del paradigma de la investigación experimental y los diseños duros. Presuponiendo mayor calidad de la investigación cuantitativa en la búsqueda de evidencia que la que nos puede reportar estudios cualitativos, incluso aquellos que nos vienen de mano de metaestudios cualitativos. Estudios que derivan de

diseños secundarios capaces de resolver problemas aplicados vinculados a nuestros pacientes y a la actividad clínica enfermera (29).

Si no consideramos el potencial de la investigación cualitativa en la búsqueda de la evidencia estaremos alejándonos del objetivo de la investigación en enfermería, que es delimitar la naturaleza de lo que se llama con gran imprecisión la calidad de los cuidados y su relación con los problemas de la vida y de la muerte que se plantean no sólo a los que reciben sino a los que prodigan cuidados. Es así, que nuestro compromiso con el paciente debe ser moral y eficaz (30). Aprender el mundo del paciente, los valores y creencias de donde parte sus supuestos ante vida nos facilita un conocimiento de la realidad necesario para desarrollar una mejor práctica. La organización de los conocimientos que nutren los cuidados de enfermería no puede satisfacerse con metodologías restrictivas y estereotipadas. Necesitamos un método que construya la complejidad de la realidad y no que la fraccione y la seccione. En este sentido, Edgar Morin nos habla de que la complejidad no significa lo complicado igual que Bachelard distingue claramente lo simple de lo simplificado (31). Es así, que el uso de la EBE es una evolución en el quehacer enfermero siempre y cuando no se vea sometido por los rigores hegemónico del su vertiente positivista.

En este sentido, se presenta este proyecto como un ejercicio de construcción de las identidades enfermeras en el ámbito clínico hospitalario en relación a las fuerzas de influencia a las que está sometida en la organización, a la imposición de los modelos sociales con los que históricamente ha convivido y al predominio del conocimiento que puede atisbar y a su forma de utilizarlo en su práctica habitual.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bonfill,X. Justificación de la iniciativa: algunos problemas relevantes de la atención sanitaria actual. En Bofill,X (ed.) Asistencia sanitaria basada en la evidencia. Madrid: SANED; 2000.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Londres: Churchill livingstone, 1997.
3. Gené J, Contel JC. Prologo. En: Gestión en atención primaria. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson; 2001. p VII.
4. Chalmers AF. Introducción del Falsacionismo. En: ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid: Siglo XXI; 1989. p. 56-69
5. Gálvez Toro,A. Aproximación a la Evidencia Científica: Definición, Fundamentos, Orígenes e Historia. En: Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos. Index 1. Granada: Index de Enfermería; 2001. p.11-20.
6. Chalmers AF. La Inferencia de Teorías a partir de los Hechos: La Inducción. En: ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid: Siglo XXI; 1989. p. 50-55
7. Estabrooks CA. Will evidence-based nursing practice make perfect? Can.J.Nurs.Res. 1998 Spring; 30 (1):15-36.
8. Bakker DA, Trottier T, McChesney C. Clinical oncology nurse´ perceptions of research. Can.Oncol.Nurs.J.1997 Aug;7(3):150-161.
9. Collière M-F. Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería. En : Promover la vida. (2ª ed) Madrid: McGraw-Hill-Interamericana ; 1997. p.241-284.
10. Galvez Toro A. Publicaciones de Enfermería en España. Rev. Rol de enfermería 2001; 24(5):355-359.
11. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. Nurs.Res. 1988 Sep-oct; 37(5):303-307.
12. Kitson A,Bana L, Harvey G, Seers K, Thompson DR. From reseach to practice: one organizational model for promoting research-based practice. Journal of Advanced Nursing 1999; 29:72-78.
13. Cavanagh SJ.Utilizing research findings in nursing: policy and practice considerations. Journal of Advanced Nursing 1996; 24:1083-1088.
14. Vielva Asejo J. Ética y Enfermería. En: Ética de las profesiones. Bilbao: Desclée; 2002. p.27-50
15. Martínez Sánchez CM. Calidad de la Atención Hospitalaria y dotación de Enfermeras. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 42.

Disponible en http://www.index-f.com/indexenfermeria/42revista/42_articulo_78-81 . Consultado el 4 de enero de 2007.

16. Department of Health. Making a Difference. Strengthening the Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Healthcare, United Kingdom 1999.
17. Dunbar-Jacob J. Special Issue: Moving Evidence-Based Practice into Nursing Education. Jorunal of Professional Nursing 2005,21:329-329.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias de seguridad del paciente. Madrid: Ministerio sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2005.En http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf Consultado el 10 de enero 2007.
19. Gerrish K, Clayton J. Promoting evidence-based practice: an organizacional approach. J.Nurs.Manag.2004 03;12:114-123
20. Morales Asensio JM. Efectividad y Evidencia: ni contigo, ni sin tí. Evidentia 2005 enero-abril; 2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/88articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 7 de enero 2007.
21. WHO Division on Family Health. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood. Geneva: WHO; 1996.WHO/FRH/MSM/96.24
22. Medel Orozco EN, Reyes Juárez C. El lavado gástrico en recién nacidos sanos está desaconsejado. Evidentia. 2007 may-jun; 4(15). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/332articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 2 enero 2007.
23. Gálvez Toro A. Evidencia científica en enfermería. Contextualización del problema. En: Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos. Index 1. Granada: Index de Enfermería; 2001. p.21-39.
24. Young KM. Where´s the evidence? Am.J.Nurs. 2003 Oct; 103 (10):11
25. Aguilar Luzón MC, García Martínez JMA, Calvo Salguero A. Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2004; 44-45. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_9-13.php Consultado el 7 de enero 2007
26. De pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. Index Enferm Digital 2004; 44-45. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_26-31.php Consultado 4 de enero 2007
27. Collière M-F. Corrientes vinculadas a la técnica y centradas en la enfermedad. En : Promover la vida. (2ª ed) Madrid: McGraw-Hill-Interamericana ; 1997. p.111-137.

28. Martínez Sánchez CM. Calidad de la Atención Hospitalaria y dotación de Enfermeras. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 42. Disponible en http://www.index-f.com/indexenfermeria/42revista/42_articulo_78-81.php Consultado el 4 de enero 2007
29. Gálvez Toro A. Clasificación de las Evidencias por su Diseño y Utilidad la Investigación Secundaria Cualitativa. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 43. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_45-49.php Consultado el 12 de diciembre 2006
30. Cuesta C de la. Investigación Cualitativa y Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 7-8. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php Consultado el 6 de enero 2007.
31. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa; 1994

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el grado de introducción de la cultura de EBE en la enfermería clínica del Hospital de Fuenlabrada.

OBJETIVOS INTERMEDIOS:

1. Analizar el modelo y estructura organizacional del Hospital de Fuenlabrada.
2. Describir el modelo de práctica asistencial enfermera en unidades de responsabilidad del Hospital de Fuenlabrada.
3. Relacionar la influencia de la estructura organizativa del hospital con la satisfacción de los profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio tiene un carácter exploratorio y utiliza una estrategia de tipo cualitativo a través de la teoría fundamentada. Esta elección es coherente con el material de estudio. Nos interesa el código cultural imperante en el quehacer de la enfermería clínica de nuestro hospital, se trata de interpretar las acciones significativas, desconfiando de las acciones totalizadoras, en busca de las excepciones e indeterminaciones más que en la constatación y explicación de las regularidades de los fenómenos observados. El diario de campo es el instrumento fundamental de inscripción, aunque no el único, que utilizaremos para dejar grabado el discurso social. A través del análisis etnográfico del contexto, generaremos la descripción densa que nos permite prestar atención a la fina red de relaciones que los contextos revelan, persiguiendo estructuras de significado. Todo ello se complementará con entrevistas en profundidad y observación participante, además de análisis de documentos e historias de vida.

El medio y la muestra:

El método de muestreo de los participantes será teórico. Los individuos del estudio serán escogidos en función de su pertenencia teórica y no en función de su representatividad. De tal modo que los participantes del estudio son las enfermeras del hospital objeto de estudio.

Criterios elegidos para la inclusión de enfermera en el estudio:

1. La voluntariedad para participar.
2. Experiencia clínica de al menos un año en el hospital.

Igualmente, y de cara a conseguir objetivos, los pacientes, familiares y médicos también serán considerados fuentes de datos.

Criterios para participar serán:

1. En el caso de los médicos:

- Voluntariedad.
- Experiencia clínica de al menos un año en el hospital.

2. En el caso de pacientes y familiares:

- Voluntariedad.
- Aquellos que han recibido asistencia de enfermería en las unidades de hospitalización o urgencias del hospital.

Recogida de datos:

La recogida de datos se plantea en tres fases consecutivos, y los procedimientos seleccionados para la recogida de datos serán la observación participante, la entrevistas en profundidad, historia de vida y análisis de documentos.

1º fase: Observación participante: Análisis etnográfico:

Se establecerán en dos momentos: una orientada a recoger aspectos generales del hospital y la segunda a obtener los más específicos.

- General:

La general la llevarán a cabo 4 personas del equipo en los meses de abril y mayo del 2007 en las unidades de hospitalización y urgencias generales, pediátricas y obstetricias. La observación de cada unidad se realizará en diferentes horas y días de cada semana, a fin de obtener los datos más completos posibles de cada una de ellas. Los elementos más importantes se recogerán en el momento en forma de diario. Posteriormente, esta información se elaborará y categorizará, revisándose de nuevo aproximadamente al mes de haber realizado la recogida.

Aspectos centrales de la observación participante en general:

1. Aspectos sociodemográficos de la población asignada al hospital.
2. Análisis de la estructura organizativa y funcional del hospital.
3. Determinar los valores de servicio del hospital: qué criterios se establecen, posición que ocupan los ciudadanos: el paciente y su familia en relación con el hospital a la hora de satisfacer sus necesidades y expectativas y la toma de decisiones.
4. Analizar el activo del personal de enfermería: cómo se cuenta con la capacidad de los profesionales que prestan servicio en él. Gestión de conocimiento.
5. Análisis de la tecnología al servicio del paciente. Qué tecnología se utiliza para el proceso asistencial y para los sistemas de información. Determinar el grado de desarrollo de la investigación clínica y la promoción en el uso de la evidencia científica en beneficio del paciente.

- **Focal:**

Está dirigida a las observaciones intensivas de unidades de responsabilidad de enfermería, seleccionada de antemano por su pertinencia teórica. El número de unidades a observar dependerá de la necesidad de saturación de datos del estudio. La realizarán 6 miembros del equipo de junio a julio de 2007. Los datos de la observación focal se utilizarán como base etnográfica para la elaboración de la entrevistas en profundidad.

La utilización de esta técnica en estas dos fases se nos presenta como interesante al mostrarnos progresivamente la amplitud del campo de estudio.

Aspectos centrales de la observación participante focal:

1. **Análisis organizacional:** Política y procedimientos de las unidades de responsabilidad de enfermería.
2. **Comportamientos:** abarca la forma de actuación y de interacción que puede darse entre el profesional de enfermería y usuario.
3. **Temas de conversación:** fijarse el lo que se dice y como se dice: tono de voz, ademanes. Anotar la edad, nivel social y contexto.
4. **Estilo de relación y comunicación:** observar la forma de dirigirse que se tiene entre personas.
5. **Espacio:** se refiere a la dimensión física del espacio. En la observación se tendrá en cuenta el espacio en relación a la actividad predominante, así espacio de estar, de espera, de información, de atención, privados, públicos.
6. **Establecer la capacidad autocrítica la enfermería clínica:** detección de problemas de la práctica
7. **Estilo de liderazgo** de las unidades de responsabilidad.
8. **Determinar grados de autonomía** de los profesionales de enfermería con respecto a la organización y al proceso de toma de decisiones.
9. **Detectar signos** de la cultura del cambio.
10. **Determinar nivel de formación** sobre metodología de investigación, uso de los hallazgos de la investigación y marcos conceptuales en enfermería. Formación en investigación
11. **Determinar en qué medida** la enfermería clínica usa las bases de datos y publicaciones sobre investigaciones a través de las estadísticas del servicio de documentación del Hospital.
12. **Analizar cómo afecta** el uso de publicaciones en evidencia a la práctica asistencial de la enfermería.
13. **Observar fenómenos** de colaboración intradisciplinar e interdisciplinar: que comprende la consulta entre colegas enfermera y entre otros profesionales.
14. **Observar las relaciones profesionales:** enfermería clínica frente a enfermería docente e investigadora, enfermería clínica frente a enfermería gestora y enfermería clínica frente a médicos.
15. **Observar funcionamiento** de los comités y grupos de trabajo de cuidados.
16. **Conocer los objetivos e incentivos** de la unidad y personales.
17. **Determinar el uso** de las guías clínicas y protocolos de cada unidad.

2ª fase: Entrevistas:

Para seguir completando el proceso en la recogida de datos, se proyecta realizar dos entrevistas en profundidad en cada una de las dianas del estudio:

- Supervisor de una unidad de responsabilidad de enfermería
- Miembro de algún comité de cuidados.
- Responsable de la unidad de desarrollo e innovación.
- Enfermeras clínicas.
- Médico.
- Paciente.

Las entrevistas tendrán un carácter próximo a la conversación informal, en la que la realización de las preguntas surgirá en el mismo contexto y de la interacción con los participantes. Aunque las entrevistas son abiertas, existirá una selección previa de temas, guión oculto, será necesario para guiar al entrevistador en momentos determinados. Las entrevistas se grabarán previo consentimiento de los participantes.

Documentación:

Para el análisis de los datos se considerará la información recogida a través de materiales documentales como:

Historia clínica del paciente.
Protocolos y guías clínicas.
Recomendaciones de enfermería al alta.
Publicaciones de bases de contratación del hospital.
Propaganda sindical, carteles, octavillas correspondientes todos ellos a los espacios de opinión más diversos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se realizarán en septiembre y octubre de este año con un número no inferior de 8 seminarios de análisis de los datos, obtenidos a través de la observación participante, documentación y entrevistas en los meses de mayo, junio, julio y agosto 2007. Esta opción nos parece de una enorme riqueza de enfoque por el proceso informativo y participativo que se puede lograr por el equipo. Pretendemos hacer un primer análisis de unidades significativas a las que se les atribuye un significado y generación de conceptos, y un segundo análisis en el que se irán agrupando los diferentes conceptos de manera que permitan generar las diferentes categorías significativas.

Una vez emprendido el análisis, los datos se organizarán a través de áreas temáticas. El primer paso será segmentar la información. Normalmente, encontraremos cortes "naturales" en el material, que puedan aprovecharse para clasificar los datos de forma que, posteriormente, puedan asignarse a categorías de significado particulares. Si se careciera de cortes naturales, se crearían de forma artificial. La creación de las categorías analíticas experimentará transformaciones durante el curso de la investigación.

Una vez determinadas las categorías de análisis, su organización y reorganización se hará a través de la codificación de los registros. Siguiendo esta técnica, la información se codifica, se asigna a una categoría a partir del registro original o de un acopia de éste. La ventaja de este procedimiento es que es rápido y permite el análisis de una cuestión en mismo contexto en el que ha sido registrado. Si la cantidad de datos resulta ser lo suficientemente diversa y numerosa se optará por realizar un índice analítico. A cada segmento de información se le asignará una marca identificable: un número, una letra o la combinación de ambos. En este punto no descartamos la posibilidad de utilizar como recurso técnico el programa informático Atlas Ti 5.0, que nos permita una primera interpretación e incorporación de los códigos pertinentes, para contar el número de veces que ha aparecido una categoría y si en todos los emisores tiene el mismo significado.

FIABILIDAD Y SIGNIFICATIVIDAD DE LOS DATOS:

La credibilidad de la recogida de datos en los estudios cualitativos se relaciona con el uso que se haga de un conjunto de recursos técnicos: duración e intensidad de la observación participante en el contexto estudiado; triangulación de datos, métodos e investigadores; acopio de documentación escrita; discusión entre colegas; revisiones de información e interpretación con las personas estudiadas; registro de cuadernos de campo y diario de investigación.

Es clásico justificar la complementariedad de las técnicas de observación y entrevista, con el argumento de control de la fiabilidad o significatividad de los datos. La observación, proporciona el contraste de la realidad, da la objetividad a lo que imaginativamente se comunicará en las entrevistas o historias de vida (categoría *etic*).

La entrevista, a su vez, proporciona sentido a las acciones a veces incompresibles que se observan, o corrige las inferencias a veces precipitadas que se obtienen por la observación (categoría *Emic*). Precisamente, la observación participante se entiende como una forma condensada, capaz de lograr la objetividad por medio de una observación próxima y sensible, y de captar a la vez los significados que dan los sujetos del estudio a su comportamiento.

CRONOGRAMA:

1. MARZO 2007: obtención de permisos y búsqueda de financiación. Fase final del reclutamiento de los asociados de la investigación.
2. ABRIL 2007: formación de colaboradores. Comienzo del diseño guía de observación y entrevistas.
3. MAYO 2007 trabajo de campo 1ª fase. Análisis etnográfico. Observación participante general.
4. JUNIO 2007: trabajo de campo 2ª fase. Observación focal. Reclutamiento de los participantes.

5. JULIO 2007: entrevistas en profundidad e historias de vida. Comenzar a planificar el sistema de gestión de datos.
6. AGOSTO 2007: transcripción de datos. Comenzar a limpiar y preparar los datos para análisis.
7. SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2007: Análisis, documentación y preparación de informes. .
8. NOVIEMBRE 2007: edición de resultados.
9. DICIEMBRE 2007: Presentación y divulgación.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LO RESULTADOS:

La realización de este estudio permitirá:

1. Describir aquellos aspectos en los que se puede y debe mejorar para un adecuado desarrollo de la EBE en los entornos clínicos hospitalarios.
2. Orientar la práctica clínica enfermera hacia el uso de evidencia científica.
3. Analizar la influencia de los modelos profesionales de enfermería en la práctica clínica.
4. Orientar programas y políticas socio-sanitarias que se dirijan a promocionar sistemas de prestación de cuidados coherente con el modelo EBE.
5. Analizar el grado de compromiso de la organización con el desarrollo profesional del personal de enfermería.
6. Fomentar la formación de los profesionales enfermeros en metodología que les permitan incorporar las recomendaciones de la evidencia a la práctica clínica.

CUESTIONES ÉTICAS:

1. Un aspecto imprescindible en este punto lo constituye el mantenimiento de la confidencialidad de los participantes en el estudio. El mantenimiento de la confidencialidad de los servicios sanitarios colaboradores para el desarrollo del estudio será decidido conjuntamente con estos en función de sus elecciones.
2. Los riesgos para los participantes del estudio, son prácticamente nulos y son totalmente proporcionales a los beneficios y conocimientos previstos.
3. Los datos se controlan para garantizar la seguridad de los participantes.
4. La selección de los individuos es equitativa.
5. Si los sujetos de estudio son vulnerables, se incluyen medidas amortiguadoras y protectoras.

El principio de respeto a las personas que van a formar parte de nuestro estudio exige que éstas otorguen su consentimiento informado (excepto, obviamente, en el caso de la observación participante), para participar en el proyecto de investigación. Dicho consentimiento revelará información adecuada para que el individuo pueda tomar la decisión de participar o no.

Un aspecto imprescindible en este punto lo constituye el mantenimiento de la confidencialidad de los participantes en el estudio. El mantenimiento de la confidencialidad de los centros y servicios sanitarios colaboradores para el desarrollo del estudio será decidido conjuntamente con estos en función de sus elecciones.

Las cuestiones éticas de un estudio observacional no entran en conflicto tan directo como si tratáramos de estudios experimentales, pero lo que sí es relevante de tratar es algo que se ha discutido por parte del equipo investigador, se trata del *rol del investigador*.

Roles de los investigadores:

Las decisiones sobre el rol que hay que adoptar en el campo dependerán de los propósitos de la investigación y del tipo de lugar en el que ésta se lleve a cabo. En cualquier caso, las precisiones que se hagan sobre las probables consecuencias de adoptar diferentes roles, raramente son algo más que meras especulaciones.

En nuestro caso, pensamos que va existir cambios de rol a lo largo del trabajo de campo. Pensamos que es interesante asumir unos roles que están en un punto intermedio entre el totalmente participante y el totalmente observador. Es importante no tratar los roles que ya están establecidos en el campo como si tuviesen unas características rígidas y estáticas.

Inevitablemente, la condición de enfermeras será asumida por todos los investigadores puesto que nuestra identidad como profesionales de enfermería es conocida en el hospital. De ahí, que nos presentemos como enfermeras del hospital, de tal forma que dependiendo del propósito de la observación, del acceso al campo de estudio y de las relaciones interpersonales, asumiremos el rol de enfermera clínica o de investigadora. Independientemente del rol que se adquiera, siempre estará presente la autoconciencia de lo que se ha aprendido, de cómo ha sido aprendido y de las transacciones sociales que informan sobre la producción del conocimiento etnográfico.

MEDIOS DISPONIBLES:

Dispondríamos de las estructuras que posee el Hospital de Fuenlabrada: aulas para reuniones, salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como, asesoramiento de personal, como técnico investigación, cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

1. **Reclutamiento del equipo investigador: multidisciplinar:** nos resulta tremendamente interesante el poder seguir obteniendo colaboradores de diferentes disciplinas que puedan complementar y enriquecer las diferentes perspectivas de este fenómeno. Al respecto se abrirá una convocatoria en el hospital para seleccionar colaboradores y se implementará un plan de formación para los mismos.
2. **Problemática de la financiación:** la obtención de financiación es un requisito importante pero no imprescindible para la consecución del proyecto.
3. **Consecución de los permisos institucionales:** pendiente de presentación en el comité de ética y ensayos clínicos del hospital.
4. **La observación en condiciones de ubicuidad y omnipresencia:** estos preceptos pueden ser medianamente alcanzables con el sentido de la oportunidad y con una adecuada selección de lugares y acontecimientos.
5. **Entablar relación social con todos los miembros de la sociedad objeto de estudio, constituyendo los informantes.** Otra limitación que se aborda tan rápidamente como la anterior, al tener que diferenciar, por razones prácticas entre informantes según cualificación o accesibilidad.
6. **Alcanzar la representatividad y aprehensión de la totalidad.** Sería más sensato e intelectualmente más estimulante, asumir el carácter incompleto- ya sólo fragmentario- de la investigación, manteniendo sin embargo intactos las aspiraciones a la aprehensión de la totalidad de los fenómenos, como actitud teórica y crítica.
7. **Capacidad de extrañamiento:** se trata de un estudio que tiene su medio en nuestra propia sociedad, me estoy refiriendo a nuestro lugar de trabajo. Esta familiaridad con el medio genera una mayor dificultad en el distanciamiento de nuestras presuposiciones, ya procedan de las teorías sociales o de nuestro conocimiento tácito como enfermeras. De ahí, el peligro de que los descubrimientos pasen desapercibidos, por su obviedad.

En definitiva, nuestro papel en este proceso de recogida de datos será el de estar abiertos a lo que acontece para captar el máximo de información, estimular a las personas implicadas a que hablen de sus experiencias y percepciones, ser partícipes de lo que suceda sin condicionar ni dirigir los procesos y tener la flexibilidad suficiente para tomar la decisión y cambiar en cada momento de la investigación para mejor consecución de los objetivos.