

Experto Universitario en Investigación Enfermera. Búsqueda y síntesis de la evidencia científica.

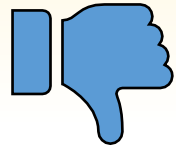
M^a Nélida Conejo Pérez.

¿Para qué investigar?

Módulo 1

¿Por qué te has apuntado al Experto?

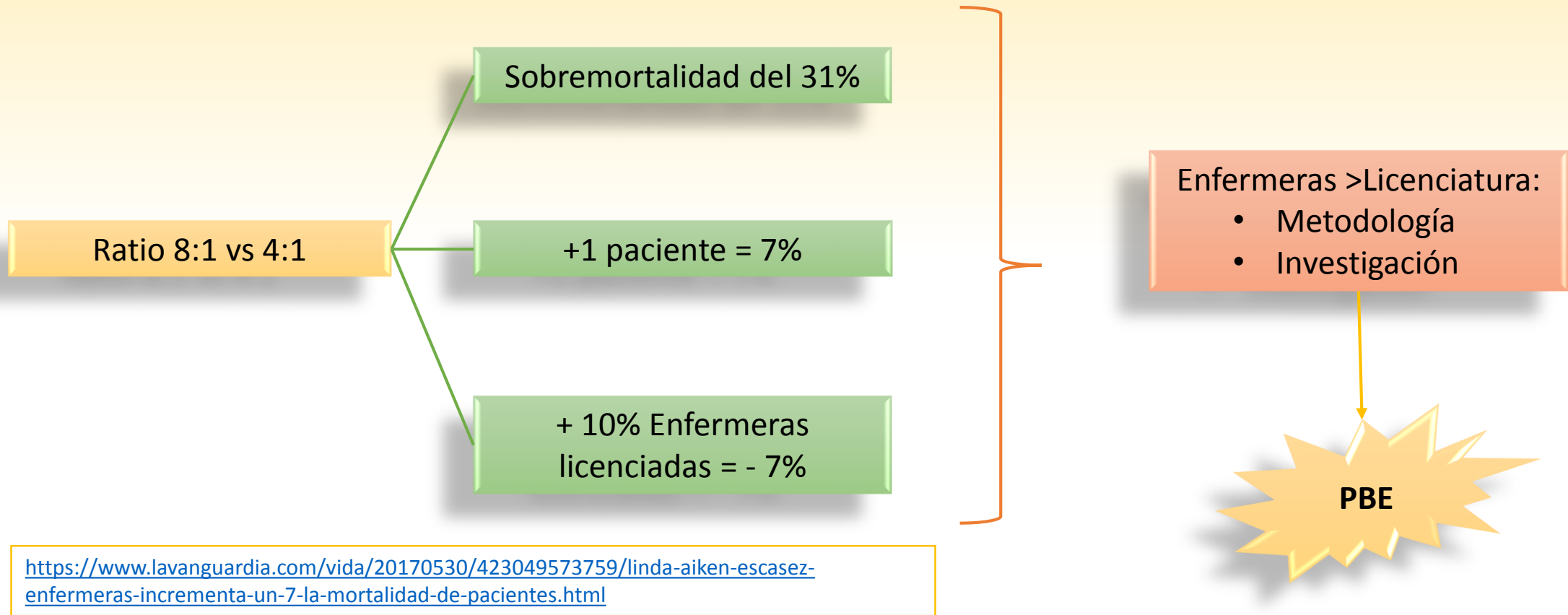
- Puntos para la bolsa/
carrera profesional
- Publicar



- Dar solución a problemas surgidos en nuestra práctica diaria
- Proporcionar cuidados basados en la evidencia científica
- Proporcionar cuidados de calidad
- Aumentar el conocimiento de la Enfermería como Disciplina
- Favorecer el desarrollo profesional
- Obligación legal y ética
- Mola investigar.



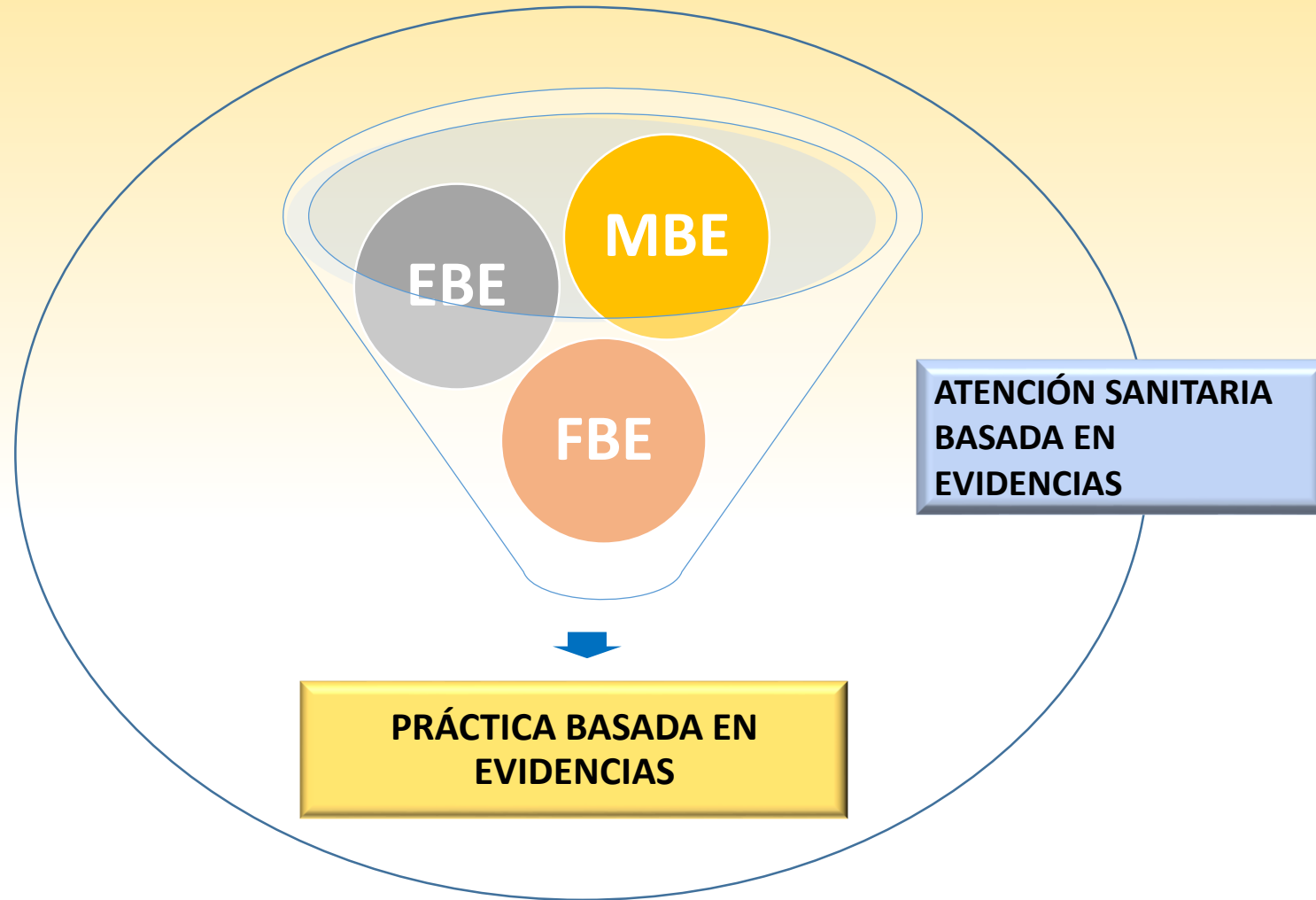
¿Somos importantes para la salud de las personas?



Práctica Basada en Evidencias

Módulo 1

Actualidad.



Concepto. Qué es la PBE.

Práctica
Basada en *la*
Evidencia



Práctica Basada en
Evidencias



QUÉ NO ES PBE: Práctica Basada en *la* Evidencia.



- Pruebas aportadas por la investigación como VERDAD ABSOLUTA.
- Si no se ha publicado no existe.


Práctica Basada en Evidencias o Pruebas:

- Problema: traducción literal de EBM.
- Evidence = mejor prueba disponible.
- Al menos en plural «PB Evidencias».
- Entonces.....¿en qué tengo que basar mi práctica?
- ¿Qué son esas pruebas o evidencias?




Pilares de la PBE.

- **INVESTIGACIÓN:**

- Evidencia externa.
- ECAs  Cualitativos.
- «Mejor evidencia»: bien diseñada.
- Apoyo en la toma de decisiones.

Pilares de la PBE.

- **EXPERIENCIA DEL CLÍNICO:**

- «Ojo clínico», «intuición».
- Evidencia Interna.
- Pruebas procedentes del ejercicio profesional riguroso.
- ¿Toda experiencia es un grado?  BARRERA.

Pilares de la PBE.

- **PREFERENCIAS-VALORES DE LOS PACIENTES:**

- Misma importancia que el resto de los pilares.
- Punto de partida de la toma de decisiones.
- El paciente asesorado por el clínico es quien tiene que tomar la decisión terapéutica.
- Derecho: consentimiento informado.
- Cuidados Transculturales.
- Nuevas tecnologías: paciente informado.

Pilares de la PBE.

- **Recursos disponibles:**

- Factor condicionante.
- Sistema público: recursos limitados.
- PBE como instrumento que determine las prácticas eficientes/poco eficientes → Atención Sanitaria Basada en Evidencias.
- PBE como árbitro entre intereses comerciales/beneficio sanitario → Ética.

DEFINICIÓN:

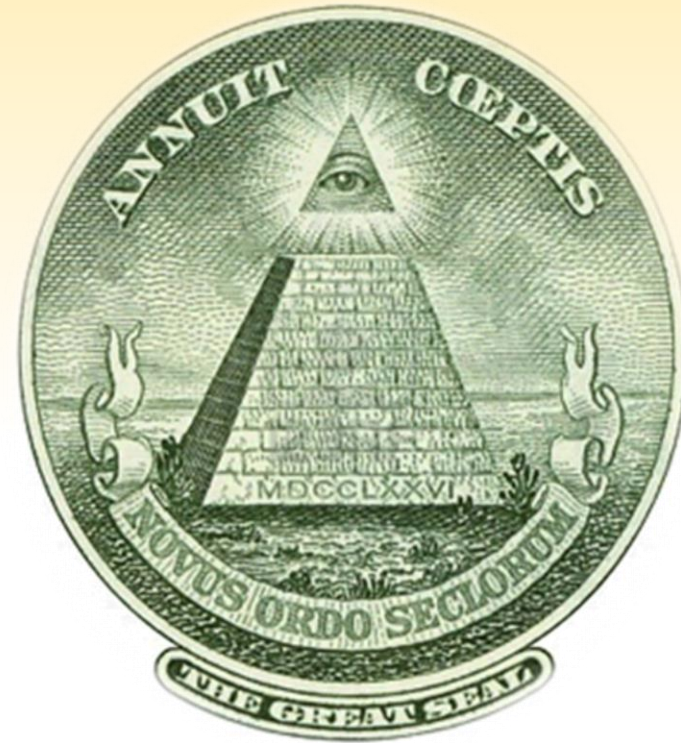
EBE: «Aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor **evidencia científica** disponible relativa al conocimiento enfermero para **tomar decisiones** sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y **valores** , e incorporando la **pericia profesional** en esta toma de decisiones

PBE: «Enfoque dirigido a la **solución** de los problemas surgidos en la **práctica clínica** cuya característica más relevante es la **toma de decisiones** basadas en la **mejor evidencia**»

Rosenberg y Donald,1995.

Actitudes ante la PBE:

- **EVIDENCIO-FUNDAMENTALISTA:**
- Paradigma: Dictadura basada en LA EVIDENCIA.
- ECA doble ciego publicado: DOGMA DE FE.
- Resto de estudios no es evidencia.



Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials

Gordon C S Smith, Jill P Pell

- ¿ECA=Validez científica?
- Ética.
- Sesgos.
- Revistas con publicaciones negligentes.



Actitudes ante la PBE:

- **EVIDENCIO-ESCÉPTICO:**
- Paradigma: LA CREENCIA.
 - PB Cronoevidencia: Toda la vida se ha hecho así.
 - PB Probatura: Lo probé una vez y me funcionó.
 - PB en la pela: con gasa y esparadrapo se arregla todo.
 - PB en el último visitador: me convierto con quien estoy.
 - PB en las gónadas.

Reflexiona:



Fuden

EXPERTO UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN ENFERMERA. BÚSQUEDA Y
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.



¿Es necesaria la PBE?

25% de los Cuidados recibidos son innecesarios o potencialmente dañinos.

40% de los pacientes reciben cuidados no acordes con la investigación.

SEGURIDAD

Importancia de la PBE:

- **ENFERMERÍA:**

- Integra la experiencia clínica con la mejor evidencia externa disponible.
- Autonomía profesional.
- Aumenta el cuerpo de conocimientos enfermeros; válido y relevante.
- Fomenta el autoaprendizaje, reciclaje.
- Trabajo en equipo, satisfacción laboral.
- Nuevo recurso didáctico docente.

Importancia de la PBE:

- **PACIENTES:**

- Atención individualizada.
- Comportamiento profesional bioético: Beneficiencia y no maleficiencia (apoyo científico).
- Mayor seguridad del paciente.
- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
- Aumento de la calidad asistencial.
- Mayor satisfacción del usuario.

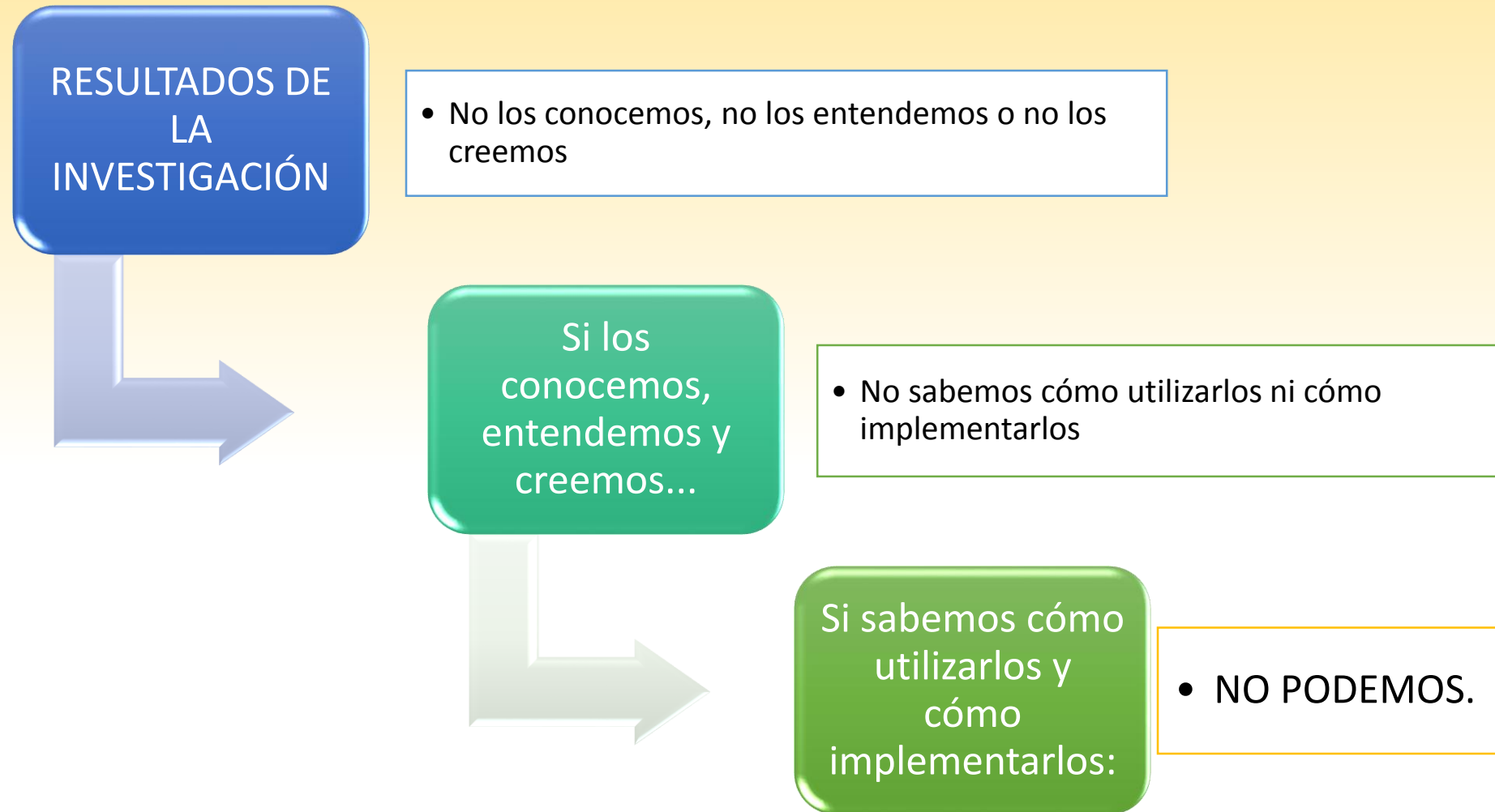
Reflexiona:

¿Has pensado alguna vez que lo que haces se puede mejorar?

¿Has intentado alguna vez cambiar la práctica en tu unidad?

¿Lo pudiste hacer?

¿Lo pudiste hacer?:



Limitaciones de la PBE:

Sobrecarga de trabajo asistencial.

Escasez de resultados de investigación válidos en algunos temas.

Falta de tiempo, medios o conocimientos entre los profesionales.

Riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico.

Disputa entre economistas, gestores y clínicos.

En España:



BARRERAS:

Tiempo.
Escasa colaboración.
Características personales.

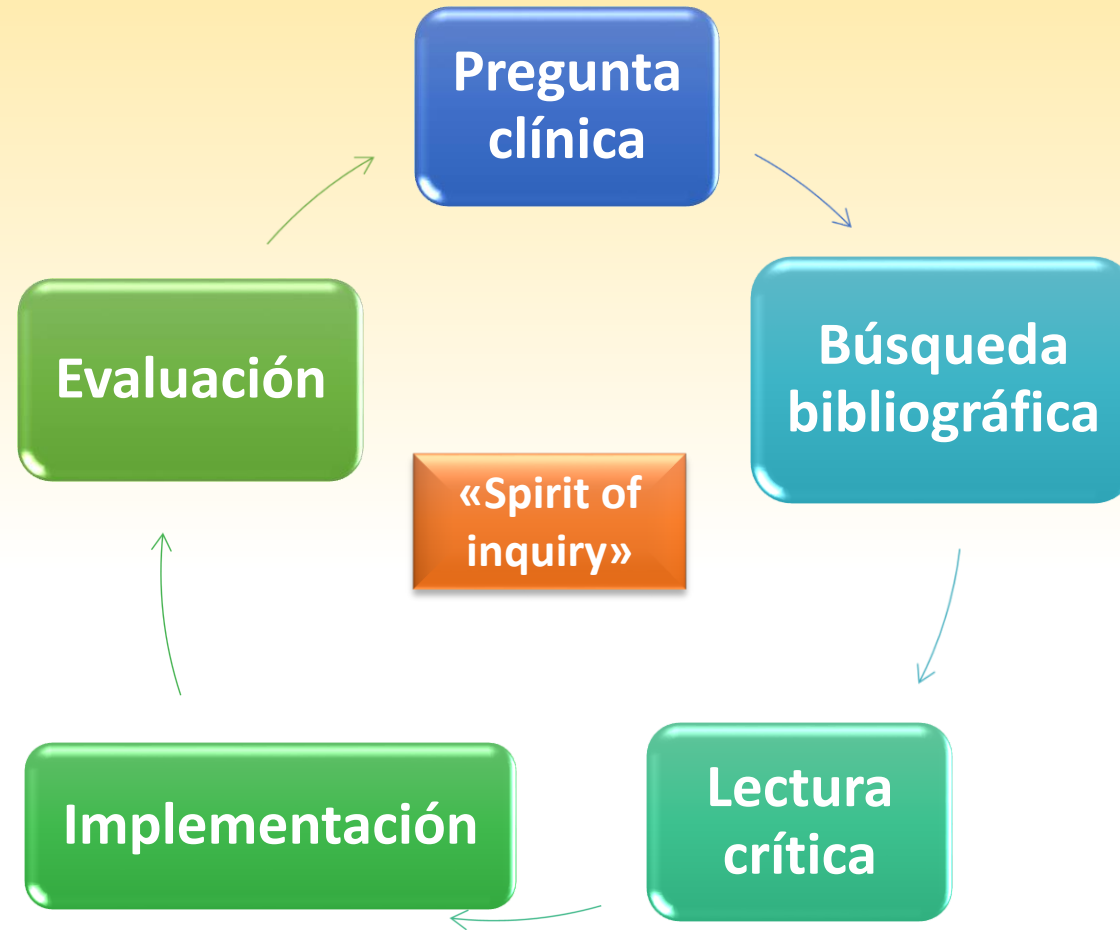


FACILITADORES:

Oportunidades de aprendizaje.
Apoyo de gestores.
Cultura PBE institucional.
Disponibilidad de recursos.



Fases de la PBE:



Fases de la PBE:

- **Spirit of Inquiry:**

- Actitud del profesional sobre su práctica clínica (PC).
- Interrogarse acerca del «por qué».

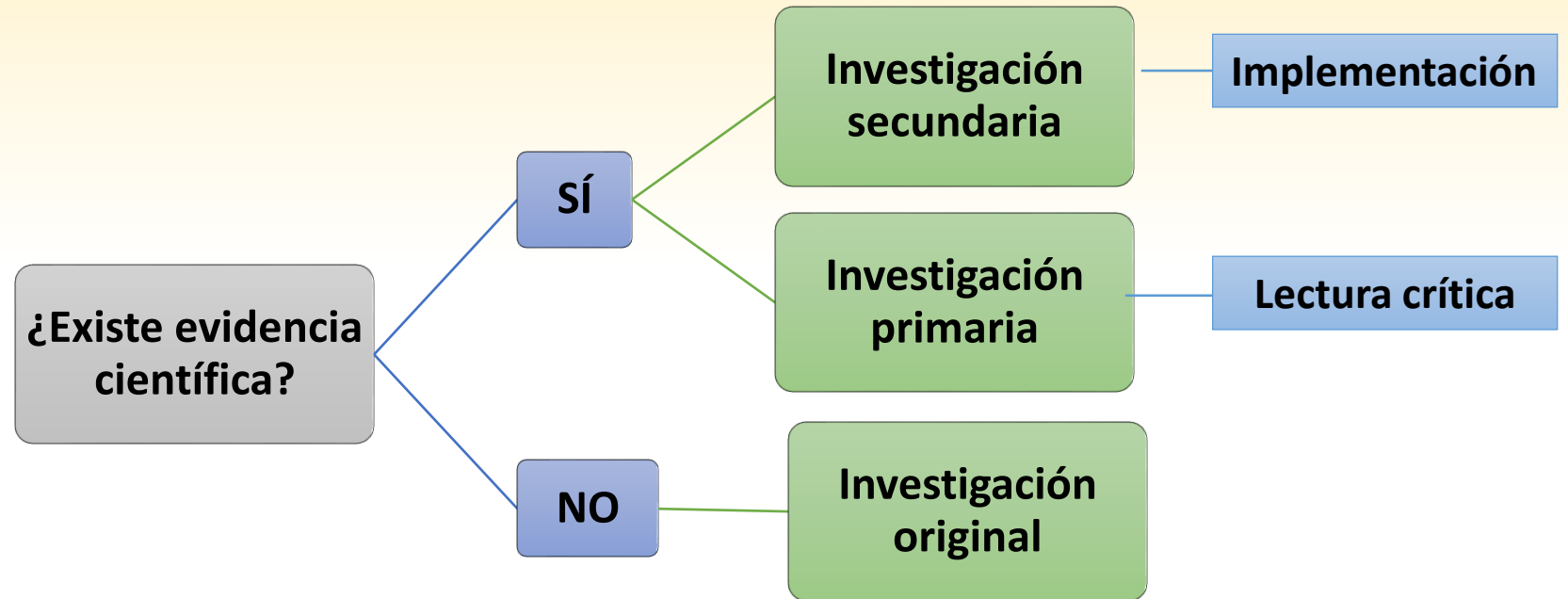
- **Planteamiento de la Pregunta Clínica:**

- PC diaria, docencia, gestión...
- Identifica zonas de incertidumbre.
- Para seguir la metodología PBE: plantearlas de forma estructurada y específica.

Fases de la PBE:

- **Búsqueda bibliográfica:**

Identificar la bibliografía existente que dé respuesta a la pregunta plantada.



Fases de la PBE:

- **Lectura crítica:** Análisis metódico de los resultados obtenidos.

VALIDEZ

- Aproximación a la verdad.

UTILIDAD

- Aplicabilidad clínica.

RESULTADOS

- Importancia.

TOMA DE DECISIONES:

- Gran número de publicaciones científicas.
- ¿Qué pasaría si implementamos resultados no evaluados?

Fases de la PBE:

- **Implementación:**

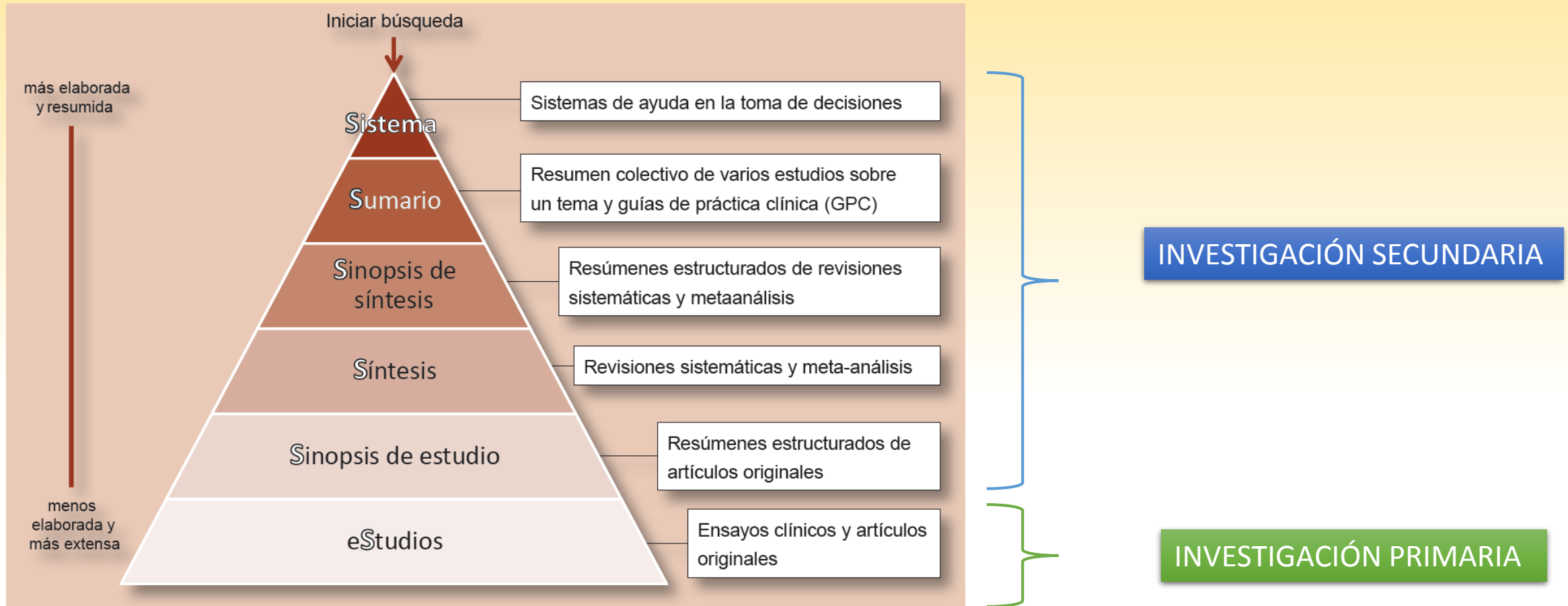
- Aplicar los resultados a nuestra PC.
- Divulgación entre colegas/institución: informes, sesiones, póster...
- Difusión: artículo (investigación primaria/secundaria), congreso.

- **Evaluación:**

- Repercusión de los cambios introducidos en la PC.
- Estimar beneficios, daños, costes.
- Publicar los resultados de la evaluación.

Investigación secundaria.

Módulo 1



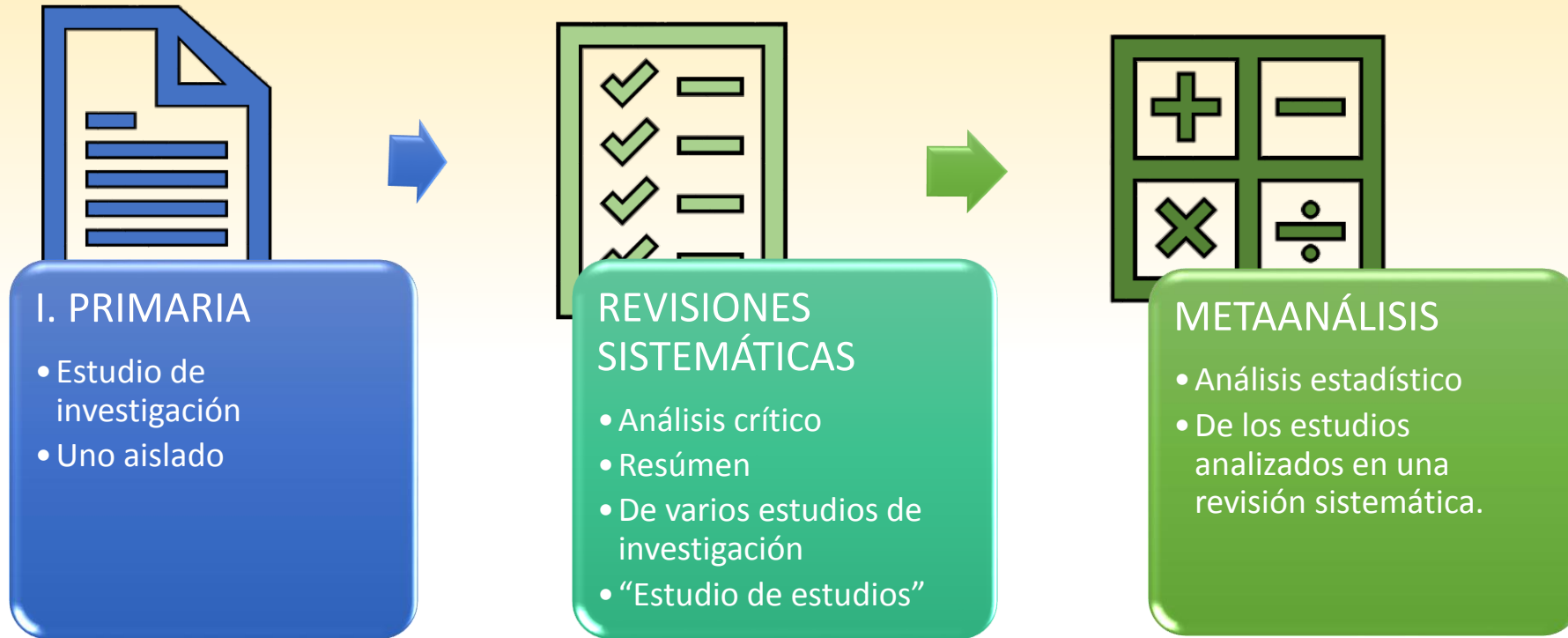
Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis

Fuden

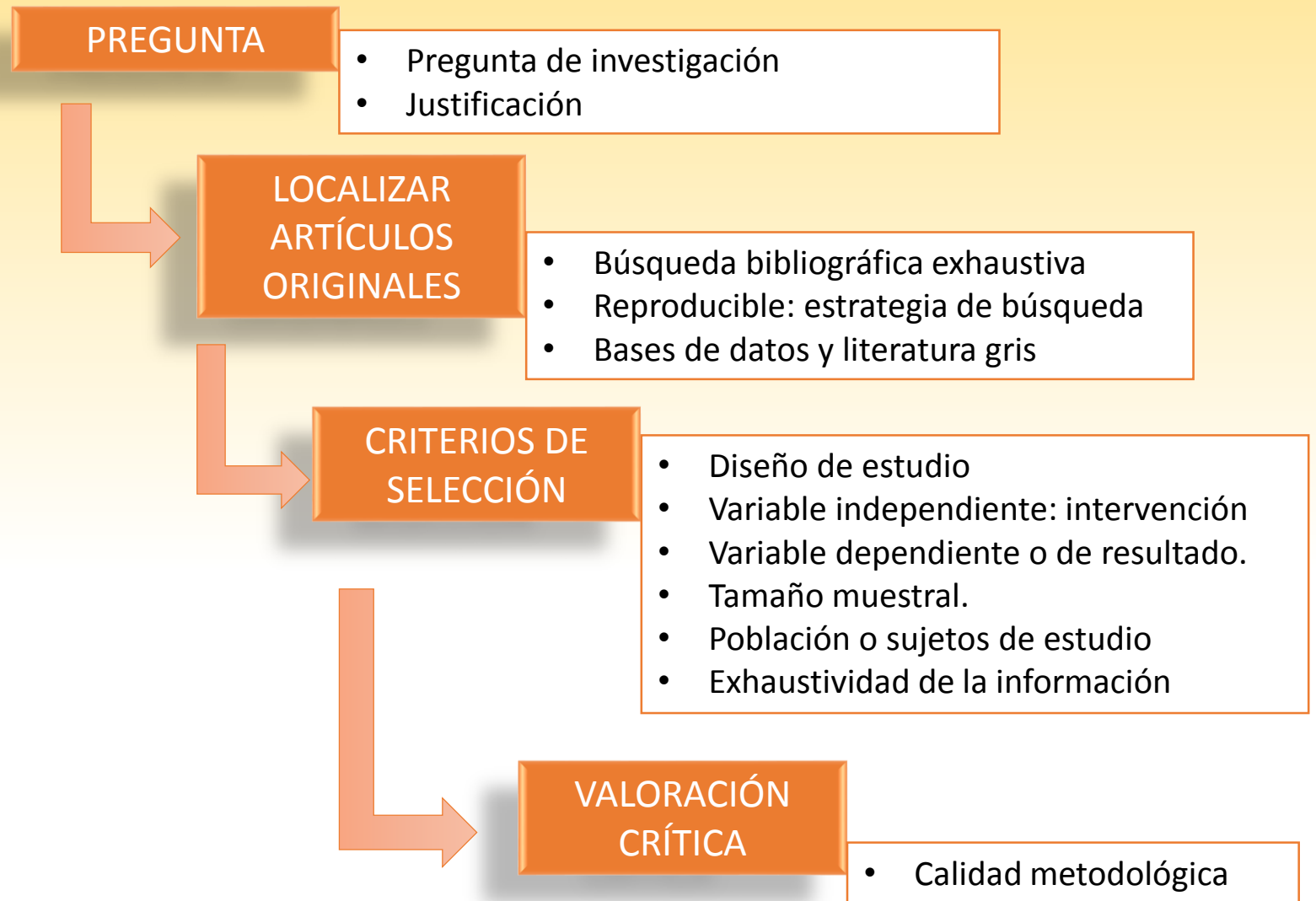
EXPERTO UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN ENFERMERA. BÚSQUEDA Y
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.



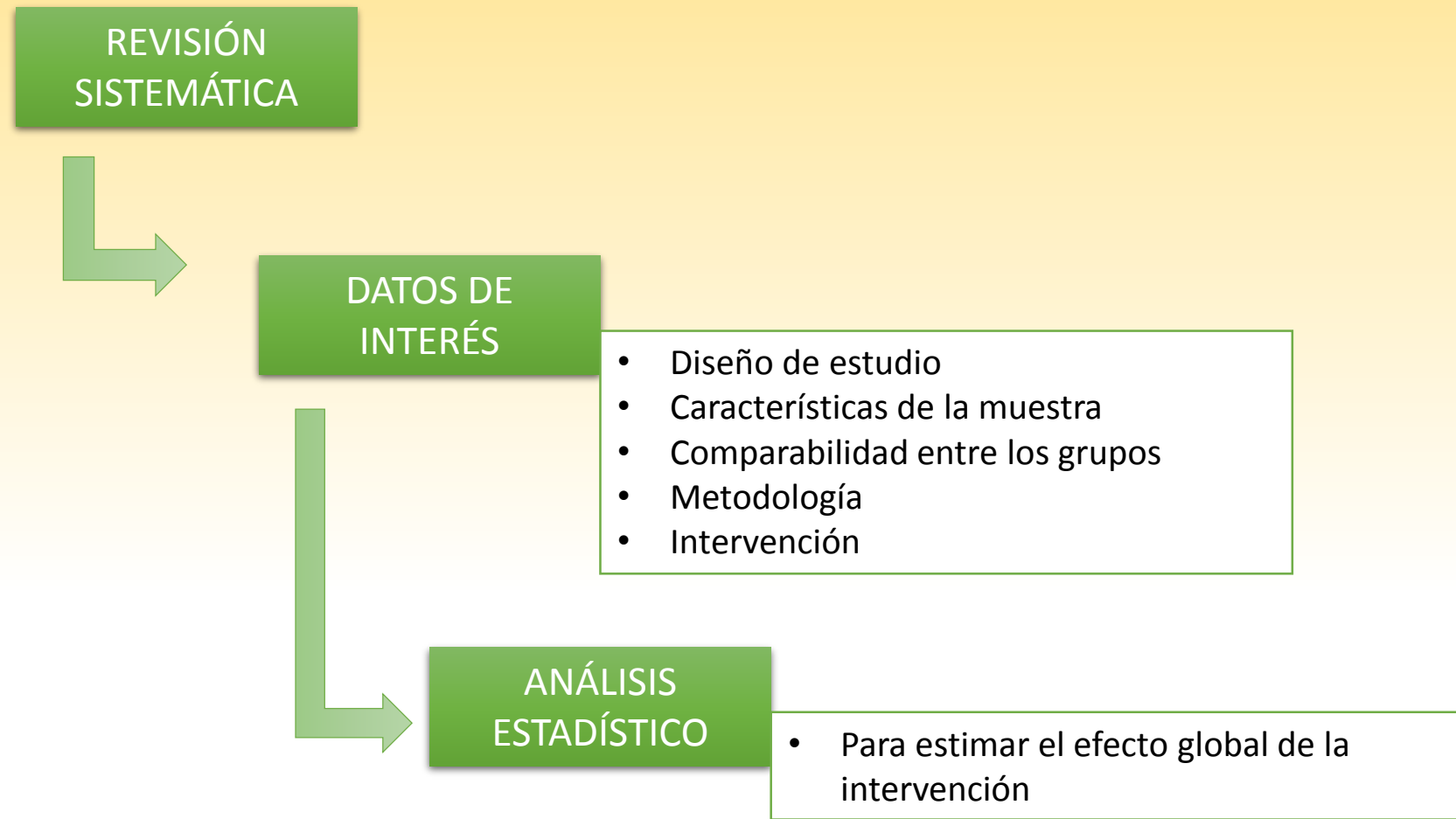
Concepto



Etapas de una Revisión Sistemática (RS)



Metaanálisis



[Intervention Review]

Heparin for prolonging peripheral intravenous catheter use in neonates

Prakeshkumar S Shah¹, Eugene Ng², Ajay K Sinha³

¹Department of Paediatrics, Mount Sinai Hospital, Toronto, Canada. ²Department of Newborn and Developmental Pediatrics, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Center, Toronto, Canada. ³Department of Child Health, Queen Mary Hospital, London, UK

Contact address: Prakeshkumar S Shah, Department of Paediatrics, Mount Sinai Hospital, Rm 775A, 600 University Avenue, Toronto, Ontario, Canada. pshah@mtsinai.on.ca.

Editorial group: Cochrane Neonatal Group.

Publication status and date: Unchanged, published in Issue 3, 2005.

Citation: Shah PS, Ng E, Sinha AK. Heparin for prolonging peripheral intravenous catheter use in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD002774. DOI: 10.1002/14651858.CD002774.

Copyright © 2005 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Ejemplo RS

<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002774/epdf/standard>

BACKGROUND

Intravenous infusion of drugs, fluids and nutrients has become an indispensable practice in present day medical care (Maki 1977, Lewis 1985, Tager 1983). Venous cannulation via peripheral intravenous (PIV) catheters is the simplest and most frequently used method for administration of an infusion. It is associated with inherent complications (Graham 1991) which can be mechanical or infectious (Lewis 1985, Tager 1983, Bossert 1994). Mechanical complications include thrombosis, dislodgement, extravasation, leakage, phlebitis and scar formation (Nieto-Rodrig 1992, Tomford 1984). Infectious complications include bacterial or fungal sepsis (Graham 1991). Thrombosis or phlebitis at the catheter site can act as a nidus for infection. Factors associated with the risk of these complications include duration of infusion, site of infusion, size and type of catheter, rate of flow through catheter, turbulence of fluid flow and characteristics of patients and infusate

(Lewis 1985, Krafte-Jacobs 1995).

There have been various attempts to prevent or reduce PIV catheter related complications (Hecker 1992). These include designated intravenous therapy teams (Tomford 1984), frequent change in the site of catheters, placement of in-line filters (Roberts 1994), topical use of glyceryl trinitrate (Tighe 1995), hydrocortisone (Tighe 1995) or heparin (Vilardell 1999), intermittent heparinized-saline flush or lock and continuous infusion of heparin (Tanner 1980, Hanson 1976, Daniell 1973, Johnstone 1991).

In a neonate, frequent change in catheter site at predetermined timings is technically challenging. In addition, repeated attempts at cannulation break the skin barrier and predispose these patients to infection by commensals in the skin such as coagulase negative staphylococcus. Such infections can be life threatening in neonates. PIV catheters are often left in situ in neonates until complications

Heparin for prolonging peripheral intravenous catheter use in neonates (Review)
Copyright © 2005 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

2

Antecedentes Justificación de la revisión

arise (Moclair 1995). Therefore, methods that can prolong the duration of viability of these catheters may be beneficial in this population.

Heparin, an anticoagulant, has been administered as intermittent injection or continuous infusion to prevent thrombus formation and consequently prolong catheter patency (Moclair 1995, Bossert 1994). However, significant effects of heparin on coagulation profiles have been observed (O'Neill 1974), even at low dose. Other adverse effects associated with heparin use include allergic reactions, bleeding complications due to dosing error, intraventricular hemorrhage in preterm infants (Malloy 1995, Lesko 1986) and heparin induced thrombocytopenia (Potter 1992).

The effectiveness of heparin for prolongation of PIV catheter life has been systemically reviewed previously. Goode 1991, Peterson 1991 and Randolph 1998 compared the efficacy of heparin versus normal saline in patients of all age groups. These reviews concluded that normal saline was as efficacious in prolonging catheter patency as heparin. However, only one study from these reviews studied neonates, so that the efficacy and safety of heparin was not ascertained specifically in neonates. Neonates are unique in their sensitivity and resistance to heparin (Vicira 1991) and in

1. Abnormality of coagulation profile
2. Incidence of allergic reactions to heparin
3. Heparin induced thrombocytopenia (development of thrombocytopenia [platelet count <150,000 per cubic litre] after starting heparin in an infant with previously normal platelet count after exclusion of all other causes of thrombocytopenia and positive serotonin release test [Warkentin 1990])
4. Intraventricular/intracranial hemorrhage (development of recent onset of hemorrhage or extension of preexisting hemorrhage after starting heparin, according to the classification of Papile 1978)
- C. Mortality

Subgroup analyses were planned a priori according to the method of heparin administration (continuous versus intermittent), and gestational age [preterm (less than 37 weeks gestation) versus term (more than or equal to 37 weeks gestation)]. A comparison of effects of different heparin doses was also planned if sufficient numbers of studies or trials using different dosage regimens were identified.

OBJECTIVES

The primary objective of this review was to determine the effectiveness of heparin administered as continuous infusion or intermittent injections, via PIV catheter, versus placebo or no treatment, on duration of catheter patency (defined as number of hours of catheter use) in neonates.

Secondary objectives were to determine the effects of heparin on:

A. Complications relating to PIV catheters:

1. Catheter blockage (defined as inability to infuse fluid or medication)
2. Phlebitis or thrombophlebitis developing at the site of or above the catheter (defined as pain, swelling, erythema or induration at the site of catheter with or without a palpable venous cord above the catheter site)
3. Catheter related sepsis (defined as signs and symptoms suggestive of sepsis with positive blood culture growing the same organism in samples obtained from venipuncture at a different sterile site and from the catheter or catheter tip)
4. Number of additional PIV catheter insertions

B. Complications relating to heparin:

Objetivos principal y secundarios de la Revisión.
(Pregunta implícita)

METHODS

Criteria for considering studies for this review

Types of studies

Randomized and quasi-randomized controlled trials in which heparin administration was compared to placebo or no treatment for the prevention of thrombosis or occlusion of PIV catheter.

Types of participants

Term or preterm infants who required PIV catheter as determined by the attending physicians during their stay in neonatal intensive care unit.

Types of interventions

Heparin by infusion or intermittent injections via PIV catheter, versus placebo or no treatment. Heparin or placebo must have been administered during the entire duration of the catheter being in situ.

Types of outcome measures

Studies that report on one or more of the following outcomes:

Primary outcome: Number of hours of catheter use, measured as time until catheter was removed.

Secondary outcomes:

1. Complications associated with PIV catheters including:

occlusion of the catheter (identified by inability to infuse fluids)

incidence of phlebitis or thrombophlebitis

catheter related sepsis

number of additional PIV catheters needed

2. Complications related to heparin

abnormal coagulation profile

allergic reactions

heparin induced thrombocytopenia

intracranial or intraventricular hemorrhage

3. Neonatal mortality

Criterios de selección

Search methods for identification of studies

See: Cochrane Neonatal Collaborative Group search strategy
MEDLINE was searched (1966 to December 2001) using MeSH terms: heparin, infant, newborn, peripheral intravenous catheter, silastic catheter, indwelling catheter.

Other databases that were searched included: EMBASE (1980 to December 2001); CINAHL (1982 to December 2001); the Cochrane Controlled Trials Register (The Cochrane Library, Issue 4, 2001) and the reference lists of identified trials and abstracts from the annual meetings of the Society of Pediatric Research, American Pediatric Society and Pediatric Academic Societies published in Pediatric Research (1991-2001). No language restrictions were applied.

The following types of articles were excluded: letters, editorials/ commentaries, reviews, lectures.

Estrategia de búsqueda

RESULTS

Description of studies

Eight studies were included in this review (Alpan 1984, Golberg 1999, Heilskov 1998, Kotter 1996, Mocclair 1995, Mudge 1998, Paisley 1997 and Treas 1992). Clinical details concerning the participants, interventions and outcomes are given in the table, Characteristics of Included Studies.

Alpan 1984 performed a randomized controlled trial involving addition of heparin to total parenteral nutrition (TPN) solution in preterm infants. Preterm infants needing TPN were eligible for inclusion in the study. The treatment group received 1 IU/ml of heparin added to their TPN solution and the control group received no heparin.

lated using
13 infants
during the
control group

Risk of bias in included studies

For each study included in the review, assessments of methodological quality are given in the table, Characteristics of Included Studies.

The methodological details for studies were extracted from the published information and personal contact with the authors.

Alpan 1984

Randomization was performed by a table of random numbers and was blinded. Masking of intervention and outcome measures was ensured. Outcomes were reported on all catheters and all neonates enrolled in the study.

Golberg 1999

Randomization was performed centrally in the pharmacy. The study medication was centrally supplied as premixed vials, and the vial stoppers were all punctured to ensure that the intervention was masked. Outcomes were reported on 47 of the 60 neonates enrolled.

Effects of interventions

In many studies included in this review, the outcomes were reported per catheter rather than per patient. However, most patients received more than one PIV catheter during the study period. Attempts were made to contact the primary author to obtain data of the first catheter of each patient. Where data were not available only the long-term outcomes such as intracranial hemorrhage were included in the review.

After reviewing the studies, it was observed that a number of catheters were removed electively. An attempt was made to obtain individual patient data which was not successful.

Primary outcome: Number of hours of use of first catheter. Five studies (Heilskov 1998, Paisley 1997, Mudge 1998, Treas 1992 and Golberg 1999) reported on duration of use for first catheter in each patient. Two studies found no statistically significant difference, two studies showed a statistically significant difference in favor of heparin.

Valoración crítica

DISCUSSION

There is an extensive literature on the use of heparin to prolong the patency of PIV catheters. Randolph 1998 performed a systematic review on the use of heparin for PIV catheters in all age groups, and concluded that low dose heparin infusion was effective in prolonging patency of peripheral arterial catheters but not PIV catheters. The present review identified seven additional studies aiming to test the effectiveness of heparin use for PIV catheters in the neonatal population.

Conclusiones de los autores:

No hay datos suficientes con respecto al efecto de la heparina para prolongar el uso de catéteres intravenosos periféricos en neonatos. No pueden hacerse recomendaciones sobre el uso de heparina en neonatos con catéteres intravenosos periféricos. Se requieren más estudios de investigación sobre la efectividad, la dosis óptima y la seguridad de la heparina.

[Leer el resumen completo...](#)



IMPLICACIONES PARA LA
PRÁCTICA CLÍNICA

Limitaciones de la RS y metaanálisis:

- **Sesgo de publicación:** los estudios con resultados negativos tienden a no publicarse.
- **Publicación duplicada:** “artículos salami”.
- **Sesgo del idioma:** los artículos publicados en inglés suelen tener resultados positivos (factor de impacto).
- **Sesgo de las bases de datos:** Revistas de países en vías de desarrollo no suelen estar indexadas.
- **Calidad de los estudios originales:** si es deficiente, recomendaremos algo equivocado.
- **Análisis estadístico erróneo:** por tanto resultados e interpretación errónea.

Metasíntesis: evidencias cualitativa

- Objetivo: aportar evidencia a partir de la revisión y valoración crítica de los estudios cualitativos publicados.
- Utilidad: integrar la percepción de los pacientes.
- Criterios de evaluación crítica:
 - Limitaciones metodológicas: problemas en el diseño o desarrollo del estudio.
 - Relevancia: fenómeno de interés, población, emplazamiento...si es adecuado para responder a la pregunta.
 - Coherencia: si existe información ambigua o contradictoria entre los estudios primarios.
 - Información adecuada: cantidad y riqueza de la información.

Metasíntesis: evidencias cualitativa

- Cada criterio se evalúa según el grado de afectación/problemas:
 - Ninguno o muy pocos
 - Menores
 - Moderados
 - Serios problemas
- Se establece un nivel de confianza global:
 - Alta confianza
 - Confianza moderada
 - Baja confianza
 - Muy baja confianza

Guías de Práctica Clínica

Fuden

EXPERTO UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN ENFERMERA. BÚSQUEDA Y
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.



Concepto

- “Conjunto de **recomendaciones** basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”
- Método concreto.

Concepto.

- Ventajas GPC:
 - Disminución de la variabilidad de la práctica clínica o cuidados.
 - Aumento de la calidad asistencial: el paciente recibe los cuidados más efectivos.
 - Ahorro de costes: se suprimen los cuidados innecesarios o dañinos.
 - Población correctamente informada.
- Desventajas GPC:
 - Elaboración tediosa y costosa.
 - No responde a todas las preguntas clínicas.
 - Las recomendaciones a veces no se pueden aplicar a un medio concreto.

Características de una GPC basada en la evidencia.

- **Validez:** revisión rigurosa de la evidencia científica.
- **Fiabilidad:** (metodológica) otros investigadores con el mismo método, llegarían a las mismas recomendaciones.
- **Reproductibilidad:** (clínica) diferentes profesionales aplican la misma recomendación en diferentes pacientes con iguales características.
- **Flexibilidad:** Informan sobre todas las opciones posibles.
- **Aplicabilidad:** Las recomendaciones se pueden llevar a la práctica clínica.

Características de una GPC basada en la evidencia.

- **Claridad:** Lenguaje adaptado al usuario potencial (investigador, clínico y paciente).
- **Multidisciplinariedad:** elaboración por diferentes categorías profesionales implicados.
- **Metodología explícita:** descripción meticulosa del método.
- **Actualización programada:** debe incluir un calendario de una evaluación periódica (3 años).
- **Independencia:** Sin conflicto de intereses.

Metodología de una GPC



Dónde buscar GPC.

- No existe un lugar único sitio en internet para localizar GPC:
1. Bases de datos CCSS: MEDLINE, EMBASE, CINAHL...
 2. Organismos compiladores de GPC.
 3. Organismos elaboradores de GPC.

Dónde buscar GPC.

- **Organismos compiladores, registros o Clearinghouses:**

- Recopilan las GPC producidas por diversas entidades de un área geográfica o país.

- ❖ **National Guideline Clearinghouse:** GPC de todo el mundo.

- CPG Infobase: Canadá.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Reino Unido.
- **GuiaSalud:** España.

Dónde buscar GPC.

- **Organismos elaboradores de GPC internacionales:**
- **Registered Nurses Association of Ontario (RNAO):** Específica de enfermería. INVESTÉN- ISCIII: Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados.
- **Agency for Health Research and Quality (AHRQ):** EEUU (National Guideline Clearinghouse).
- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN):** Escocia. Medicina, enfermería, etc.

Dónde buscar GPC.

- **Organismos elaboradores de GPC nacionales (GuiaSalud):**
 - Subdirección General de Tecnología e Innovación Sanitarias (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid).
 - **Osteba.** Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (País Vasco).
 - Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).
 - Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
 - **Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).**
 - **Centro Cochrane Iberoamericano.**

GuiaSalud.

- Organismo que pertenece al SNS: Consejo Interterritorial.
- Participan el Ministerio de Sanidad y las 17 CCAA.
- Objetivo: Mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS.
- Misión:
 - “Potenciar la oferta de recursos basados en la evidencia para apoyar la toma de decisión de los profesionales y pacientes del SNS”.
 - Impulsar la cooperación entre entidades relacionadas con las GPC.
- Otros recursos: manuales metodológicos (GRADE).

Trabajo Fin de Experto: primer paso

Elección del tema del TFE

Cuándo formular preguntas.

¿Hemos actuado de la mejor forma?

¿Habrá otras alternativas?



DUDA

¿Hay otra forma de hacerlo que sea mejor?

¿El paciente prefiere otra alternativa?

Señales de alerta:

- Cuando otros colegas utilizan enfoques diferentes al nuestro.
- Cuando hay indicios de que nuestra práctica no es tan efectiva como suponemos.
- Paciente insatisfecho.
- Preguntas que no sabemos cómo responder.
- Conocemos que en otros lugares la práctica se ha modificado.

Formular una pregunta clínica estructurada.

- Tres etapas:

- 1) Descripción del problema clínico.
- 2) Preguntas susceptibles de respuesta.
- 3) Análisis de la pregunta y sus componentes.



MÓDULO 1

1.- Descripción del problema clínico.

- Narración descriptiva del problema:
 - Contexto: dónde.
 - Paciente y profesionales: a quién le ocurre.
 - Problema: qué ocurre.
 - Justificación de un cambio de práctica.
 - Motivación del cambio: opinión del paciente/clínico.

Ejemplo:

- Los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis (H.Son Espases, Palma de Maiorca) reciben las sesiones de forma rutinaria sin ningún tipo de actividad lúdica. Los profesionales de enfermería han observado que estos pacientes presentan síntomas de estrés físico y psicológico.
- La depresión en enfermos renales se asocia con disfunciones inmunológicas y nutricionales y menor calidad de vida.
- La musicoterapia ha demostrado ser eficaz para reducir el estrés, y creemos que es una técnica sencilla que podríamos utilizar en esta unidad para reducir el estrés de nuestros pacientes.

Ejemplo Tabla:

Contexto	Unidad de Hemodiálisis.
Profesionales	Enfermería.
Pacientes	Sometidos a hemodiálisis.
Problema	Ansiedad, Estrés relacionados con las sesiones.
Justificación de un cambio de práctica.	La depresión en enfermos renales se asocia con disfunciones inmunológicas y nutricionales y menor calidad de vida.
Motivación del cambio	Musicoterapia: técnica sencilla, eficaz para reducir estrés.

2.- Preguntas susceptibles de respuesta.

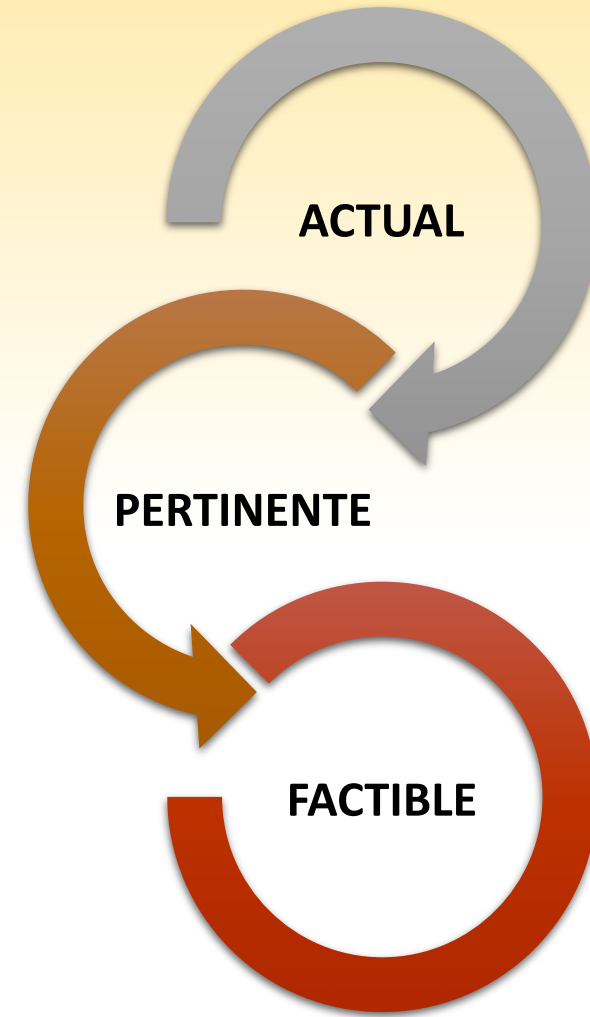
- **Tormenta de ideas:**

- ¿Las sesiones de hemodiálisis suponen un factor de riesgo para desarrollar trastornos emocionales en los pacientes?
- En pacientes sometidos a hemodiálisis que han sido diagnosticados de depresión, ¿cuál es la probabilidad de recaída tras recibir musicoterapia?
- ¿Puede la musicoterapia disminuir los niveles de ansiedad y de estrés de los pacientes sometidos a hemodiálisis durante sus sesiones?

¿Y si tenemos más preguntas que tiempo?

- Sackett 1997:
 - ¿Cuál es más importante para el bienestar del paciente?
 - ¿Cuál es la de mayor gravedad?
 - ¿Cuál es la más fácil de contestar con el tiempo del que disponemos?
 - ¿Cuál es la más interesante para nosotros?
 - ¿Cuál es la que más se repite en nuestra práctica clínica?

Priorización de la pregunta.



Ejemplo:

- ¿Las sesiones de hemodiálisis suponen un factor de riesgo para desarrollar trastornos emocionales en los pacientes?
- En pacientes sometidos a hemodiálisis que han sido diagnosticados de depresión, ¿cuál es la probabilidad de recaída tras recibir musicoterapia?
- **¿Puede la musicoterapia disminuir los niveles de ansiedad y de estrés de los pacientes sometidos a hemodiálisis durante sus sesiones?**
 - **Guenoun Sanz M, De Pedro Gómez J. Evidentia. 2014 abr-jun; 11(46)**

Último paso:

- Verificar que no haya una Revisión o GPC que dé respuesta a nuestra pregunta:
- Hacer una búsqueda en:
 - GuíaSalud
 - La Biblioteca Cochrane
 - RNAO
- Anexar las capturas de pantalla de las búsquedas (“copiar pantalla y pegar”).

“Deberes” para la Actividad 1:

Elige un tema

Describe el problema clínico

Formula varias preguntas

Dudas.

Gracias.

Fuden

EXPERTO UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN ENFERMERA. BÚSQUEDA Y
SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.

