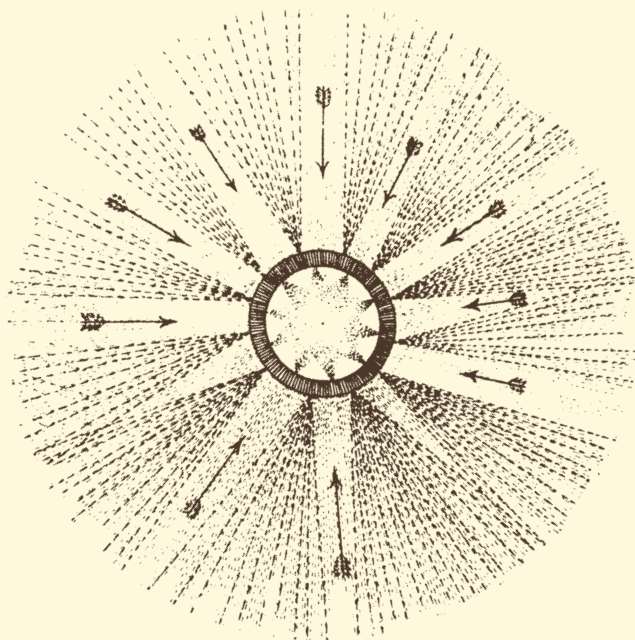




Investigación en Cuidados

BLOQUE TRANSVERSAL



2

Colección Líneas de Especialización en Enfermería

Investigación en Cuidados. Volumen II

MÓDULO TRANSVERSAL

Colección Líneas de Especialización para Enfermería

Fuden

Fundación para el desarrollo
de la Enfermería

NOTA

Las ciencias de la salud se encuentran en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirá incorporar estos al proceso enfermero. Los editores y autores se han esforzado para que los cuidados e indicaciones terapéuticas sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos, cambios y desarrollo de los cuidados de salud, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información obtenida en ella sea precisa o completa; tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Los editores no pueden garantizar la exactitud de toda la información contenida en este libro referida a la aplicación de técnicas, procedimientos o medicamentos. En cada caso individual el lector deberá verificar esta información mediante la consulta de la literatura pertinente.

Investigación en Cuidados. Volumen II



Derechos reservados de la presente edición, por FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), entidad distinguida con el Sello Europeo de Compromiso por la Excelencia 200+, acreditado por el Club Gestión de Calidad, de acuerdo a los estándares del modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management).

FUDEN © 2017

Veneras, 9 - 28013 Madrid

www.fuden.es

Primera edición: Enero 2017

Impresión Digital

Revisión Técnica: Ana Belén Salamanca Castro

Diseño y Maquetación: David Borreguero Fuster

Diseño de cubierta: Carmen Castillo Delgado

Ilustraciones: Karen Guzmán Reyes

ISBN13 del módulo transversal: 978-84-92834-60-0

ISBN13 del libro: 978-84-16191-89-5

Depósito legal: M-2056-2017

Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro sin el permiso previo de los titulares del Copyright. Las fotografías han sido cedidas por los autores y se prohíbe la reproducción total o parcial de las mismas.

4. EVALUACIÓN Y RESUMEN DE LOS HALLAZGOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tras realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos consultadas, recuperaremos una serie de artículos, y a menudo nos vamos a encontrar con distinto material, de diferente calidad. El hecho de que un artículo haya sido publicado, y evaluado por revisores, o que posea una estructura «científica» no garantiza su calidad por sí mismo. Es decir, que no es oro todo lo que reluce. También puede ocurrir que existan estudios con resultados dispares e incluso contradictorios.

Habrà por tanto, que separar lo bueno de lo menos bueno, y de lo bueno, aquello que sea útil para mi práctica clínica, y que responda con garantía a la pregunta formulada. Una vez identificados los estudios relevantes, hay que decidir si la información es relevante y útil para la práctica clínica.

Por tanto, el siguiente paso de la Práctica basada en la Evidencia consistirá en la evaluación crítica de la evidencia científica. A este proceso evaluativo se le conoce como lectura crítica, procedimiento que se explicó con detalle en el capítulo 11 para la investigación cualitativa. Permite al clínico decidir la utilidad de un artículo para llevarlo a la práctica. Requiere unos conocimientos básicos de metodología de investigación. La lectura crítica consiste en la evaluación objetiva y crítica de las fortalezas y las debilidades de una investigación completa publicada (27).

Esta evaluación crítica, estará orientada a responder a cuatro cuestiones básicas:

- ¿Aborda este estudio una pregunta claramente definida? Aquí se tiene en cuenta que el diseño del estudio sea adecuado a la pregunta formulada. Para la eficacia de un medicamento el diseño más adecuado es el ensayo clínico. Para conocer las percepciones o vivencias de los pacientes, el diseño debe dirigirse a un estudio cualitativo.
- ¿El estudio utiliza métodos válidos para abordar esta cuestión? Se trata de examinar la validez interna del estudio.
- ¿Son importantes los resultados válidos de este estudio?
- ¿Son estos resultados válidos, importantes aplicables a mi paciente o población?

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es «no», nos podemos ahorrar la molestia de leer el resto del artículo.

La evaluación crítica se sirve de un método simple y estructurado, con el apoyo de diversos materiales, herramientas o listas de comprobación. Destaca un programa de habilidades en lectura crítica, denominado CASP (*Critical Appraisal Skills Program*), (<http://www.casp-uk.net/#!casp-tools-checklists/c18f8>), adaptado para nuestro país, como CASPe (<http://www.redcaspe.org/>). Este conjunto de ocho herramientas de valoración crítica se ha diseñado para ser utilizado, en la lectura crítica de la investigación, en revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, estudios de control de casos, evaluaciones económicas, estudios diagnósticos, de predicción clínica y estudios cualitativos.

En los últimos años se han desarrollado propuestas o listas de comprobación, que en origen fueron instrumentos para mejorar calidad de la publicación de los estudios, y que también son utilizadas para la evaluación crítica (Tabla 6).

Tabla 6.

LISTAS DE COMPROBACIÓN

Tipo de diseño	Lista
Ensayos clínicos Aleatorizados	CONSORT
E.C.A. Comunitarios	CONSORT CLUSTER
Revisiones Sistemáticas/Meta-análisis	PRISMA
Meta-análisis de estudios observacionales	MOOSE
Estudios de intervención no aleatorizados	TREND
Estudios observacionales epidemiológicos	STROBE
Estudios de precisión diagnóstica	REMARK
Estudios de Medida de calidad de vida	ePRO
Estudios sobre mejora de la calidad asistencial y de la Seguridad del Paciente	SQUIRE

FUENTE. Elaboración propia.

4.1. Validez interna

Es el grado en que los resultados de un estudio son extraídos correctamente de los participantes del mismo, y viene determinada por el rigor en la aplicación del método científico al diseño seleccionado. Si el rigor de un estudio es correcto, podemos creer que los resultados reflejan el verdadero efecto de la intervención y que están libres de sesgos o errores. Otra forma de expresarlo es que los datos obtenidos representan la verdadera dimensión de lo medido, y los resultados son correctos para la población que participo como muestra del estudio. Indica la adecuación metodológica del diseño del estudio y de su desarrollo lo que garantiza que sus resultados son aplicables a la población del estudio.

Los aspectos esenciales para analizar la validez interna de un ensayo clínico son básicamente:

- Clara definición de los objetivos.
- Asignación aleatoria con ocultación de la secuencia de aleatorización
- Seguimiento adecuado hasta el final del estudio y análisis por intención de tratar.
- Enmascaramiento, cegamiento o diseño ciego.

- La similitud de las características basales de los grupos
- Y la igualdad de tratamiento de los distintos grupos.

4.2. Validez externa

Si los resultados obtenidos son aplicables a otras comunidades que no han participado en el estudio, podemos decir que también tiene validez externa. Alude a la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones (población diana) o fenómenos no estudiados, distintos pero similares (aplicabilidad).

4.3. Resultados del estudio

Que los resultados de un estudio sean estadísticamente significativos nos dice poco sobre si son clínicamente relevantes. Un determinado ensayo sobre la eficacia de un fármaco antidiabético puede mostrar unos resultados positivos y ser capaz de reducir la glucemia de 233 mg/dl a 231 mg/dl. La variación puede resultar estadísticamente significativa pero está claro que el efecto producido resulta poco relevante en la práctica. Por eso, se precisan instrumentos que ayuden a decidir de una forma más clara. Dos son las cuestiones a considerar:

- La **magnitud del efecto**, es decir, ¿qué beneficio se obtiene? Suele expresarse mediante los estimadores de efecto con medidas absolutas de riesgo (número necesario de pacientes a tratar, NNT) como relativas (riesgo relativo, RR, Odds Ratio, OR). Para pruebas diagnósticas, además de valorar la sensibilidad y especificidad, es conveniente expresar sus resultados en forma de valores predictivos y coeficientes de probabilidad.
- La **precisión de dicho efecto** o grado de certeza con el que se afirma el efecto observado. La precisión de los resultados indicada a través de los intervalos de confianza, normalmente al 95% (IC). La amplitud del IC nos da idea de la precisión de nuestra estimación y está en relación tanto con el tamaño muestral como con la dispersión de la variable estudiada, cuanto más pequeño sea más precisa es la estimación y menos dispersión tiene la variable.

En resumen, la valoración de la relevancia de los resultados debe basarse en la estimación de la magnitud del efecto acompañada del correspondiente intervalo de confianza.

4.4. Evaluación de la calidad de las evidencias

Los hallazgos procedentes de la investigación pueden tener distinto valor para la toma de decisiones, lo que hace que sea necesario evaluar la calidad de la evidencia. Esto significa analizar la validez de los hallazgos en función de la calidad metodológica de las investigaciones. Hay que considerar algunos factores que pueden influir en la calidad de la evidencia, además del diseño, como la calidad del estudio, la presencia de sesgos, datos imprecisos o escasos, etc. Para ayudar a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de una evidencia asociado a los resultados de una investigación, se han creado distintas escalas de evidencia que clasifican, jerarquizan y valoran la evidencia disponible, de forma tal que en base a su utilización se pueda emitir juicios de recomendación. Sin embargo la mayoría de las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de la evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio. En la mayoría de escalas se sitúan en la parte superior (mayor nivel de evidencia) diseños como revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos aleatorizados dejando en la parte inferior a los estudios basados en las opiniones de expertos.

La calidad de la evidencia indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador de efecto es correcto y la fuerza de una recomendación significa hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica una recomendación conllevará más beneficios que riesgos (28).

Existen más de 100 sistemas de clasificación para valorar la calidad de la evidencia. Las más conocidas son la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, *US Agency for Health Care Policy and Research* (AHRQ), el Centro de Medicina Basado en la Evidencia de Oxford (OCEBM) o la del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN). En casi todas ellas organizan los grados de recomendación en función de la calidad de la evidencia.

Para superar esos inconvenientes surge la iniciativa GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que es «un sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y también un enfoque sistemático y transparente para el proceso de desarrollo de recomendaciones para la práctica clínica, incluyendo la indicación de la fuerza de estas recomendaciones» (29).

El sistema de clasificación GRADE juzga la calidad de la evidencia para cada variable importante, teniendo en cuenta el diseño del estudio, la calidad, la consistencia y si la evidencia es directa. Para hacer juicios acerca de la fuerza de la recomendación considera el balance entre beneficios y riesgos,

la calidad de la evidencia, la aplicabilidad y el riesgo basal de la población de interés. Este sistema de clasificación se puede aplicar a una amplia variedad de intervenciones y contextos, y equilibra la necesidad de sencillez con la necesidad de considerar de forma global y transparente todos los aspectos importantes.

5. ELABORACIÓN DE INFORMES SOBRE LA INFORMACIÓN RELEVANTE ENCONTRADA

Una vez hemos evaluado críticamente la evidencia, y obtenido una respuesta a nuestra pregunta, toca llevarla a la práctica. Si además de localizar y evaluar las evidencias, las resumimos y las comentamos, también serán útiles para otros profesionales. Si las presentamos en un formato amigable y sencillo, favoreceremos su difusión, accesibilidad y comprensión a los profesionales a los que les cuesta entender los resultados de la investigación. De esta manera, facilitamos el consumo de evidencias de aquellos profesionales que por falta de tiempo, motivación o conocimiento, no practican las primeras fases de la PBE, y así pueden utilizarlas con sus pacientes.

En los últimos años acompañando el auge de la PBE han proliferado un buen número de revistas y portales especializados en la divulgación de evidencias. Estos informes de evidencias pueden ser breves (para comentarios de artículos originales) y extensos (Informes de Revisiones Sistemáticas).

5.1. Estructura de la revisión de un estudio

Los informes breves de evidencias resumen y sintetizan la información de artículos originales y RS. La terminología utilizada para referirse a ellos es variopinta, aunque su formato y proceso de elaboración es muy similar en todas: Sinopsis de Documentos Filtrados (SDF), Artículos Valorados Críticamente (AVC), resúmenes estructurados y comentados, resúmenes de evidencia en formatos de artículos comentados, comentarios estructurados de evidencia, etc.

Los informes no son una copia del resumen del artículo original sino un texto comentado y evaluado críticamente del original. Normalmente se incluyen en revistas secundarias basadas en la evidencia (lo de secundarias no quiere decir que sean menos importantes), pero también hay revistas «primarias» o periódicas que incluyen dentro del tipo de estos artículos este formato.

El contenido de los resúmenes estructurados y comentados consta de básicamente de tres partes diferenciadas:

- **Título** o cabecera.
- **Resumen** del artículo original.
- **Comentario**, es el resumen final de la evaluación crítica realizada, donde se recoge la validez del original, sus puntos metodológicos débiles, y la evidencia que genera, intentando dar respuesta a la pregunta formulada al inicio.

Existen unas pequeñas diferencias lógicas entre los comentarios de artículos con diseños de investigación cuantitativa y los de investigación cualitativa.

5.2. Informe de revisión sistemática

Junto con los informes breves, existen informes más extensos, como son los informes de RS. Las RS, como se señaló anteriormente, se caracterizan por tener una metodología explícita y reproducible y, en ocasiones, pueden venir acompañados de un meta-análisis. A diferencia de las «revisiones narrativas», las RS muestren de forma explícita cada uno de los pasos del proceso de revisión (criterios de selección de los artículos originales, métodos para combinar los resultados, evaluación crítica, etc.). Al describirse los métodos utilizados en la revisión con suficiente detalle se reduce la posibilidad de sesgos en los resultados. El formato más reproducido es el de la Colaboración Cochrane, cuya estructura es muy extensa y pormenorizada. En la Tabla 7 se muestra la estructura de un RS de estudios experimentales.

La extensión de un informe RS como el de la Colaboración Cochrane, resulta de difícil encaje en una publicación científica convencional, donde la limitación de espacio es una prioridad (los editores suelen incluir dentro de las normas de publicación la extensión de artículo a un número determinado de palabras) así como su ajuste al formato o sistema IMRyD (acrónimo de Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión). Existe el riesgo que en el proceso de redacción y resumen de la RS, se produzca una omisión o recorte de datos que pueden resultar relevantes para que los lectores, revisores o editores juzguen sobre la calidad de la revisión realizada. La dificultad de condensar en un solo informe un volumen considerable de datos y la limitación de espacio no ha de impedir incluir información relevante.

Tabla 7.

ESTRUCTURA DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES

1. TÍTULO	
2. RESUMEN ESTRUCTURADO	
3. INTRODUCCIÓN	• Antecedentes del problema
	• Justificación de la revisión
	• Objetivo de la Revisión
4. METODOLOGÍA	• Criterios de inclusión: – Tipo de intervención o comparación – Tipo de participantes en los estudios originales (enfermedad, problema o grupo de personas) – Criterio de elegibilidad – Medidas de efecto
	• Documentación de una estrategia de búsqueda en una base de datos.
	• Proceso de recogida y extracción de datos.
	• Control de sesgos
	• Análisis crítico de los datos.
	• Descripción de la síntesis de datos
	• Análisis adicional
	• Selección de estudios (Diagrama de flujo)
	• Características de los estudios considerados en forma de tabla
	• Resultados de los estudios individuales
5. RESULTADOS	• Síntesis de resultados
	• Presentar los datos sobre el riesgo de sesgo de cada estudio
	• En caso de realizarse presentar los resultados de cada meta-análisis realizado
	• Resultados de los análisis adicionales
	• Resumen de la evidencia
6. DISCUSIÓN	• Limitaciones de la RS
	• Conclusiones para la práctica clínica
	• Importancia para investigaciones futuras
7. FINANCIACIÓN	
8. BIBLIOGRAFÍA	

FUENTE. Elaboración propia a partir de la Colaboración Cochrane.

La proliferación de RS de diferente calidad llevó a diferentes editores, investigadores, metodólogos y clínicos a tratar de consensuar normas que mejorasen la calidad de los meta-análisis. En 1996 se celebró la Conferencia sobre Calidad de Elaboración de los Informes de los Meta-análisis que dio como resultado la declaración QUOROM (*Quality of Reporting of Meta-analyses*), que son unas recomendaciones para evaluar más la mecánica de realización del meta-análisis que su calidad. La propuesta consiste en una lista de comprobación y un diagrama de flujo. Esta lista de comprobación se ajusta al sistema IMRyD comúnmente aceptado para la publicación de originales. Fruto de la evolución de la directriz QUOROM, se publicó en 2009, la propuesta PRISMA, en un intento de que los informes de las RS se presenten de forma más clara y transparente, de forma que contribuyan a clarificar y mejorar la presentación de informes, sin omitir ningún dato esencial, incluidas las variables que sirvan para controlar la presencia de sesgos y la heterogeneidad de estudios. La lista de comprobación PRISMA consta de 27 ítems, además de un flujograma (30).

Para el caso de revisiones sistemáticas de estudios observacionales (RSEO), se recomienda seguir las directrices de la lista de comprobación MOOSE (*Meta-Analysis Of Observational Studies in Epidemiology*). Contiene algunas diferencias con respecto a la lista PRISMA derivadas de la dificultad de la evaluación de la calidad de los estudios observacionales. Aunque para la valoración de la calidad se han propuesto varias escalas, como la MINORS validada recientemente, o la escala de Newcastle-Ottawa (NOS) recomendada por la Colaboración Cochrane entre otras, la doctrina científica sobre esta cuestión también sigue siendo controvertida. Por todo ello, los autores de RSEO deben tener en cuenta dichas dificultades y deben tratar de ser lo más exhaustivos al explicar la metodología utilizada.

RESUMEN

La toma de decisiones clínicas orientadas a proporcionar cuidados de enfermería seguros y eficaces, es esencial para el futuro de la práctica profesional de enfermería. El modelo de Enfermería basada en la evidencia (EBE) supone la aplicación razonada de la mejor Evidencia disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud, integrando los hallazgos de la investigación, las preferencias de los pacientes, la experiencia clínica y la evidencia interna o del contexto local.

El modelo de EBE se desarrolla en cinco etapas:

- 1) Convertir la necesidad de información en preguntas susceptibles de respuesta.*
- 2) Localizar mediante una búsqueda bibliográfica la evidencia disponible.*
- 3) Evaluar de forma crítica la validez de esa evidencia.*
- 4) Implementar la evidencia en la práctica clínica.*
- 5) Evaluar los cambios realizados, tras la aplicación de las evidencias.*

La Síntesis de Evidencia Cualitativa es un proceso de combinación de pruebas de los estudios cualitativos originales para crear nuevo entendimiento mediante la comparación y el análisis de conceptos y hallazgos a partir de diferentes fuentes seleccionadas. Hacen posible la descripción, explicación o la comprensión de un fenómeno de una manera más integrada, compleja y global.

La búsqueda bibliográfica eficaz es aquella capaz de encontrar la información que necesitamos con el menor esfuerzo y tiempo. La pregunta clínica es la herramienta que permite diseñar la estrategia adecuada de búsqueda de la respuesta. Los hallazgos procedentes de la investigación pueden tener distinto valor para la toma de decisiones, lo que hace que sea necesario evaluar la calidad de la evidencia.

El éxito de la implementación de la práctica basada en la evidencia ha sido variable. Los profesionales deben aceptar el valor de la evidencia, antes de decidir adaptarse al cambio. Las organizaciones deben trabajar junto con los profesionales para conseguir las herramientas que se necesitan en la implementación de las estrategias de cambio.

7. REFERENCIAS

1. Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful?. *J Adv Nurs*; 2001 (36): 376–388. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01985.x
2. Subirana M, Fargues I. Enfermería basada en la Evidencia. En: VVAA. *Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados. Material didáctico de apoyo para profesionales de Enfermería*. Madrid; Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2004. Disponible en: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>
3. Gálvez A. *Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index, 2001
4. Burns N, Grove SK. *Investigación en enfermería*. Madrid; Elsevier España: 2004.
5. De la Cuesta Benjumea C. La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2005 Nov [citado 2015 Jun 08]; 14(50): 47-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010&lng=es.
6. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis *J Adv Nurs*. 2010 May; 66(5):1151-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x.
7. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice?. *J Adv Nurs Journal*. 2004; (47): 81–90. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
8. Outomuro D. Editorial. BIOPHRONESIS. *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina* (Revista on line). Vol. I - Nº 1 – 2006. Disponible en: http://fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/Nro1Marzo2006/editorial_n1.asp (Con acceso el 09/03/2015)
9. Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Evidentia* 2007 ene-feb; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php>

10. Martínez Ques AA, Lois Fernández AM. Aspectos jurídicos de una práctica basada en evidencias. *Metas Enferm.*10(6):62-66
11. Martínez Ques AA. Enfermería basada en la Evidencia: un activismo plausible para hacer frente a la ignorancia. *Evidentia* 2005 mayo-agosto; 2(5). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/122articulo.php>. (Con acceso el 09/02/2015)
12. Straus SE, Scott Richardson W, Glasziou P, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid; Elsevier España: 2006
13. Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996; (312):71-72.
14. Alcolea T, Oter C, Martín A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Inv [Internet]* 2011 May-Jun; 8, (52). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538>. (Con acceso el 09/03/2015)
15. Ingersoll G. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing Outlook.* 48(4):151-152.
16. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal Of Clinical Nursing.* 2009;18(8):1085-1095.
17. Gálvez A. Evidencias, pruebas científicas y Enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enferm Global.* 2003 nov; 2 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/630/656>. (Con acceso el 02/02/2015)
18. Barderas Manchado A, Escobar Aguilar G. Fuentes de información en Enfermería: buscando la evidencia. *Enfermería en Anestesia –Reanimación y Terapia del dolor.* Sept 2004; (12): 43-47. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/revistas/12.pdf>. (Con acceso el 02/03/2015)
19. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.

20. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011][Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
21. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández Vega E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2006/01. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/07a212cd-1f33-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2006_01.pdf
22. González de Dios J, Buñuel-Álvarez C, González Rodríguez MP, Aleixandre-Benavent R. Fuentes de información bibliográfica (XIX). Pediatría basada en la evidencia y revistas secundarias. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(1):21-27
23. Gálvez A. Métodos contemporáneos de síntesis científica: una propuesta de homogeneidad. *Med Clin (Barc)* 2003, 121(7):256-63.
24. Booth, A. Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech*. 2006; 24(3):355–368. Doi: <http://dx.doi.org/10.1108/07378830610692127>.
25. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the «5S» evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evid Based Med* 2006;11(6):162-164. doi:10.1136/ebm.11.6.162-a
26. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*. 2009 Oct;12(4):99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b.
27. Bobenrieth Astete MA. Lectura crítica de artículos originales en salud Bobenrieth Astete MA. *Medicina de Familia (And)*. 2001 Mar; 2(1)
28. Marzo Castillejo M, Alonso Coello P, Rotaecche del Campo R. ¿Cómo clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones? *Aten Primaria*. 2006;37(1): 5-8

29. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* : British Medical Journal. 2008;336(7650):924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
30. Martínez Ques AA, Vázquez Campo M. La publicación de Revisiones Sistemáticas en revistas científicas. *Evidentia*. 2011; ene-mar; 8(33). [Consultado 3 jun 2015]. Disponible en: <www.index-f.com/evidentia/n33/ev3305.php>
31. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC. Scientific Evidence Underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines. *JAMA*. 2009; 301(8):831-841. doi:10.1001/jama.2009.205.
32. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02
33. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci*. 2008 Jan 7;3:1. doi: 10.1186/1748-5908-3-1.
34. Fox CE, Khan KS. Intervenciones adaptadas para superar los obstáculos identificados que impiden el cambio: efectos en los resultados en la práctica profesional y la atención de la salud: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de enero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en; http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/cd005470_foxce_com/es/
35. Rubenstein LV, Pugh J. Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *J Gen Intern Med*. 2006 Feb; 21(Suppl 2): S58–S64. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00364.x
36. Costa Ribas C, Etxeberria Agirre A. Diseminación e implementación de GPC. Fecha de la última revisión: 26/05/2015. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diseminacion-e-implementacion-gpc/>