

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Enfermería "Lidia Doce"

Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería

Some considerations to design protocols on nursing practices

Dalila Aida Aguirre Raya^I, Ana Bárbara Hernández Jiménez^{II}

^I Doctora en Ciencias de la Comunicación. Profesora Titular. Facultad de Enfermería «Lidia Doce». e.mail: spectrum@infomed.sld.cu

^{II} Licenciada en Enfermería. Maestrante de Enfermería. Policlínico Docente "Ramón González Coro". e.mail: ibis.jimenez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la Enfermería es una profesión de ayuda, que tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos enriquecidos con los resultados que se obtienen de la investigación.

Objetivo: Valorar el estado actual acerca de la construcción de protocolos de cuidados.

Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, se tuvieron en cuenta los resultados de investigaciones sobre protocolos de cuidados publicados entre los últimos 5 y 10 años disponibles en Scielo, Lilacs, Fistera, Medline y Conhrane. Se utilizó como motor de búsqueda Google y los términos protocolos de cuidado de Enfermería, guías prácticas, evidencia científica, práctica de Enfermería basada en evidencia.

Resultados: este instrumento recibe diversidad de denominaciones y su estructura es variable. Enfermería enfrenta dificultades ante su elaboración y los propósitos y para los cuales se construyen son diversos. Se declara la flexibilidad, dinamismo y científicidad aunque se propone homogeneización en estructura, dada la diversidad de diseños existentes dentro de un mismo país, existe coincidencias en que deben sustentarse en las mejores evidencias científicas.

Conclusiones: los protocolos permiten normalizar la práctica asistencial, reducir la

variabilidad clínica, facilita la adopción de decisiones y mejorar la calidad de la atención. No se encontró homogeneidad de estructura en la literatura revisada debido a la complejidad de los servicios donde se utilizan, la disponibilidad de recursos materiales y humanos con que cuentan las instituciones para la actividad asistencial.

Palabras clave: protocolos de cuidado de Enfermería, guías prácticas clínica, evidencia científica, práctica de Enfermería basada en evidencia.

ABSTRACT

Introduction: the nursing is a profession of help; with herself abstract knowledge formed by conceptual nursing models and theory, enriched with the outcome getting from the research.

Objective: to assess the Art of State Knowledge about the writing Care or Medical attention protocols.

Material and Methods: we did a bibliography review of literature using searching motor "Google" about the topic studied taking in consideration the available published literature in Scielo, Lilacs, Cochrane, Medline and Fistera during the last 5 and 10 years; we support our bibliography revision too on the results of nursing research about effective care protocols, practice clinical guide and recommendations between last five and 10 years. For that we use the topic: scientific evidence, practice clinic guide, protocol of care nursing.

Results: we find some differences between each instrument that are use in health services. Between their characteristic are: flexibility, dynamism and scientific; although some authors propose homologous in the structure into the countries and that the nursing activities must be supporting on the best clinical practice evidences.

Conclusion: the protocol help to standardize the assistance nursing practice, reducing the variability on the clinical practice, make easy the decision taking and improve the quality of attention.

Key words: care protocol, practice clinic guide, Scientifics' Nursing´s practice supporting in Sciencetific´s evidence.

INTRODUCCIÓN

Es la Enfermería una ciencia que posee su propio cuerpo teórico que se sustenta en los saberes producido por sus profesionales y los de otras áreas de las ciencias como son: Psicología, Filosofía, Biología, Química, Física y Medicina, entre otras, cuyos conocimientos aplicados por sus practicantes contribuyen a la mejor prestación del cuidado que puede incidir en la calidad de la atención que se brinda y en los criterios de satisfacción de los usuarios de los servicios. La Enfermería es una profesión que desde sus inicios ha fundamentado sus prácticas en aspectos claramente descritos ya sea de manera empírica, a partir de un compendio de principios y tradiciones determinados por el sentido común desarrollado por los años de experiencia, o científicamente probados. El «cuidado» constituye su

esencia y las teorías que sustentan el ejercicio de la profesión son un ejemplo de esto último. Ellas han ayudado a adquirir los conocimientos para perfeccionar las prácticas cotidianas.¹ Aguirre en *La investigación en Enfermería en América Latina* reconoció que el cuidado es una necesidad humana esencial y que el desarrollo que hoy ha alcanzado esta profesión permite que el "cuidado" sea reconocido como el objeto de la profesión.² Henderson por su parte, afirmaba que la única función de la enfermera era prestar asistencia a la persona, enferma o sana.³ En tanto Wiedenbac priorizaba la identificación de la necesidad de ayuda en las personas enfermas para suministrarles cuidados en correspondencia con la demanda y evaluar sus resultados.⁴ Marriner concebía el cuidado como un proceso de acciones educativas con el enfermo.⁵ Mientras, Orem perseguía el desarrollo de la capacidad de autocuidado de las personas enfermas, reflexionaba sobre la participación de forma activa de cada una en la planificación e implementación de su propia atención de salud.⁶ En general, todas las teorías persiguen el cuidado individual del enfermo y estimulan la práctica de la profesión por sus practicantes. Estas referencias acerca del cuidado formuladas por teóricas de Enfermería sirven de punto de partida y sustento para el diseño e implementación de instrumentos o tecnologías sanitarias para favorecer los mejores cuidados asistenciales. El protocolizar cuidados o los procesos de Enfermería pudiera constituir un paso hacia el fortalecimiento de la profesión, estos instrumentos contribuyen a la actualización de los conocimientos y habilidades de sus practicantes, el logro de mejores resultados en los pacientes en la medida en que los recursos humanos de Enfermería concilien con las personas enfermas todo lo concerniente al cuidado haciéndoles responsables también de su salud, por lo que a través de ellos se puede potenciar la relación interpersonal del enfermero con la persona enferma. El protocolo puede favorecer el desarrollo de habilidades de búsqueda o gestión de información más actualizada, en la superación o capacitación del recurso humano desde su puesto de trabajo. En la construcción de este instrumento se concreta la relación que existe entre la teoría de la profesión, la práctica y la investigación; de manera que puede constituir una de las herramientas más útiles para la reducción de la variabilidad de los cuidados que brinda Enfermería en los diferentes escenarios asistenciales y la búsqueda de cuidados seguros. En este sentido, los protocolos de cuidados asistenciales permiten homogeneizar los cuidados de Enfermería, así como la aplicación de recomendaciones basadas en las mejores evidencias disponibles, surgidas a partir de los resultados de las investigaciones de Enfermería, que son seleccionadas e individualizadas convenientemente (acorde al conocimiento y juicio clínico del enfermero profesional).⁷ La protocolización de los cuidados debe corresponderse con las necesidades de salud que más demandan de los servicios de Enfermería en las unidades asistenciales, entre ellas: aquellas que generan elevada presión laboral por el difícil manejo de las respuestas del paciente, las que demandan mayores requerimientos de recursos materiales y mayor estadía hospitalaria con la finalidad «de reducir los costos».⁸ Además, debe atender a la necesidad de disponer de pautas de actuación común a todos los profesionales. El contenido expuesto en el artículo tiene el propósito de valorar el estado actual en la aplicación de protocolos de cuidados en las instituciones, y para ello debe tenerse como base los resultados que se ofrecen en la literatura consultada y disponible sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para analizar el estado actual de la temática se valoran los criterios de autores y resultados que se expresan en artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos SciELO, Medline, Lilacs, Hinari y Conhrane entre otras, en las que se pudiera encontrar o acceder a información relacionada con la construcción de estos

instrumentos en diferentes países y en particular de la región, de manera que pueda ayudar a explicar la diversidad de denominaciones que recibe este instrumento, su variable estructura, las dificultades que enfrenta Enfermería ante la elaboración de este producto en la práctica asistencial.

La información será seleccionada de artículos acerca de la práctica de Enfermería basada en evidencias, la protocolización de cuidados de Enfermería que han sido publicados entre los últimos 5 y 10 años fundamentalmente y que se encuentren disponibles en revistas del gremio y otras de reconocido prestigio como *Ciencia y Enfermería* (2); *Desarrollo científico de Enfermería* (1); *Revista Cubana de Enfermería* (1); *Enfermería clínica* (2); *Revista Habanera de Ciencias Médicas* (2); *American Journal* (2); *Hygia de Enfermería* (1); *Revista Cubana de Salud Pública* (1); *Revista de Educación Médica Superior* (1); *Revista Cubana de Medicina General Integral* (3); *Surg. Clin Nort American* (2); *Enfermería Comunitaria* (1); *Nursing research* (1) de países como los Estados Unidos, México, Colombia, Chile y Cuba. Además, se consultarán informes de organismos internacionales como la *Registered Nurses Association* (1) y *OPS* (1).

DESARROLLO

Acerca de la protocolización en Enfermería

La protocolización, desde sus inicios se dirigió exclusivamente a la actividad asistencial con la intención de reducir la variabilidad en la atención médica, garantizar su calidad y sobre todo la seguridad del paciente; por lo que devino un proyecto que impactó también de forma tangible en la docencia, la investigación, la producción científica, el desarrollo individual y colectivo de los profesionales, el fortalecimiento de los grupos multidisciplinarios existentes y la creación de nuevos grupos.⁹ Se afirma que la Enfermería ha adquirido conocimientos principalmente a través de tradiciones, autoridad, préstamos de otras disciplinas, ensayo-error, experiencia personal, modelado de *roles*, intuición y razonamiento. Sin embargo, todas estas maneras de adquirir conocimientos son inadecuadas para proporcionar una base de conocimiento científico de Enfermería,¹⁰ aunque pudiera constituir un punto de partida. La Enfermería ha sido una de las profesiones de la salud que se ha practicado en base de evidencias reunidas en la experiencia del recurso humano que brinda el cuidado. Es por ello que se plantea que la experiencia clínica individual es la que debe decidir si usar o no esa evidencia externa que ofrecen las investigaciones científicas en grandes grupos humanos y cómo hacerlo. Se ha considerado que no siempre todas las actuaciones de los profesionales de la salud se pueden sustentar en datos estadísticos que se generan de los estudios clínicos porque hay variables que no siempre pueden cuantificarse y que depende del análisis juicioso del profesional como son los factores biológicos, psicológicos y sociales que de alguna manera determinan en la condición de enfermedad y las necesidades de tratamiento o cuidado del paciente.¹¹ Existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de paliar este efecto es incorporar instrumentos que faciliten la adopción de decisiones. Para ello, se cuenta con varias herramientas que, en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para este objetivo como son las guías clínicas, vías clínicas y protocolos de actuación.¹² Al respecto es necesario comentar las diferencias entre estos instrumentos sanitarios que ayuden a clarificar la utilidad de uno u otro. Una guía clínica se definiría como "una serie de recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. Describen una serie de indicaciones para ayudar a decidir sobre las posibles acciones y diferentes alternativas que se presentan en la práctica clínica para un problema

concreto".¹² En tanto que la vía clínica sería "un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades o intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible". Esta sería un tipo de guía clínica pero más específica, puesto que son recomendaciones obligatorias y se puede evaluar.¹² Mientras que un protocolo, en términos generales, es definido como "un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han definido las actividades a realizar ante una determinada tarea".¹³ Al analizarse de esta manera, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los enfermeros en la atención a las personas enfermas y sus familiares/cuidadores. Siempre debe tenerse en cuenta la experiencia y el juicio clínico del profesional en la elaboración del protocolo de cuidado y el criterio de los usuarios de los servicios sanitarios con determinado problema de salud, lo que favorecería la participación activa de la persona enferma en su recuperación de manera que se desarrolle su responsabilidad ante este estado. Las guías clínicas, vías clínicas y protocolos son documentos muy exigentes en su elaboración, pero tienen en común sus objetivos. Se plantea en la literatura consultada los siguientes propósitos:^{12 - 14}

- Normalizar la práctica.
- Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituir una poderosa fuente de información.
- Facilitar la atención a personal de nueva incorporación

Una solución al problema sobre qué protocolizar es "el establecimiento e implementación de protocolos de actuación que establezcan los objetivos asistenciales que se persiguen, en términos de la mejoría en la calidad de la atención, resultados del tratamiento y reducción de los costos. Su impacto puede demostrarse al evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad".¹⁴ Su diseño e implementación no puede convertirse en una «receta» o esquema de acciones en la atención al paciente, sino debe reflexionarse sobre lo más adecuado para el enfermo. Por tanto, a criterio de las autoras, los protocolos, normas, guías y consensos no pueden ser usados más que como pautas adaptables a cada caso individual. La evidencia por sí sola no da para adoptar decisiones, hay que combinarla con la experiencia, mientras la práctica clínica puede ser ayudada pero no encasillada en una norma inflexible.¹⁵⁻¹⁷ Las autoras, al tener en consideración lo planteado anteriormente, reafirman la conveniencia de que los prestadores de cuidados sean conscientes de la necesidad de una valoración adecuada de las personas enfermas, lo que permitirá la identificación correcta de las necesidades de salud para diseñar estrategias de atención o cuidados, conciliadas con el enfermo y sus familiares, y que tenga como punto de partida los resultados que aportan las investigaciones de Enfermería sobre ese problema en específico. Al ser la Enfermería una profesión eminentemente práctica, la investigación es fundamental para su desarrollo y el aumento del conocimiento que se puede aplicar en mejorar la práctica asistencial. De manera que un enfermero puede hacerse preguntas en el ejercicio de la profesión: ¿por qué se está realizando esta intervención de Enfermería? o ¿qué efecto produce esta intervención?, ¿podría ser más efectiva otra intervención?,¹⁰ para decidir a punto de partida las valoraciones e indagaciones realizadas, la mejor conducta a seguir con el paciente desde su punto de vista.

Entre las ventajas del protocolo para el trabajo asistencial se pueden señalar las siguientes:^{18 - 20}

- Reducen la variabilidad de la práctica clínica.
- Facilitan la distribución de tareas entre los profesionales.

- Suponer un soporte legal en la adopción de decisiones, pues se sustentan en el consenso con expertos y también se basan en la mejor evidencia científica disponible.
- Considerar los valores y preferencias del paciente, lo que pudiera ser una garantía de adherencia de este al tratamiento, mejorar la capacidad para el autocuidado, favorecer la adopción de decisiones y permitir el protagonismo del enfermo en el manejo de su propia enfermedad.
- Permitir establecer criterios de atención priorizados y proveer información de máxima utilidad para el paciente y el médico.
- Facilitar la recogida de datos, aspecto indispensable para la obtención de nuevas evidencias e impactar en la producción científica.
- Evaluar (interna y externa) criterios de forma periódica y posibilitar así un sistema de monitorización para el mejoramiento continuo de la calidad.

Se pudiera pensar que la implementación de este tipo de instrumento y sus resultados se transformarían en una fuente generadora de temas e información para el desarrollo de investigaciones acerca del cuidado de Enfermería que incidan favorablemente en la producción científica de estos profesionales, cuestión esta que pudiera constituir hoy una de las limitaciones de la práctica de Enfermería sustentada en evidencias dada por las escasas investigaciones, al menos disponibles, sobre el cuidado o sus resultados. Por último, y no menos importante, habría que resaltar que este instrumento construido y sustentado en las mejores evidencias disponibles puede ser una garantía de seguridad para el paciente, al reducirse el margen de incertidumbre y errores en la actividad de Enfermería. Por otra parte, la existencia de este producto en los servicios pudiera ser una garantía de calidad de la atención que se brinda dado que propicia un cuidado o atención oportuna, continua, humana y personalizada y, al mismo tiempo, profesional y competente. Los resultados de la implementación práctica en las personas enfermas pueden convertirse en fuentes primarias de información para la investigación. Las autoras hacen énfasis en considerar que la investigación constituye una parte vital de la práctica clínica de Enfermería y, por ende, beneficia directamente a los usuarios. A través de la investigación, se puede documentar el costo y la efectividad de los cuidados basados en evidencia. Por tanto, "las enfermeras deben ser capaces de identificar y utilizar la mejor evidencia en su ejercicio profesional".²¹ Cuando falte evidencia o esta sea débil, las enfermeras deben ser capaces de generar el conocimiento necesario para suplir esta carencia. La práctica de la atención de salud basada en evidencia es un imperativo para asegurar una atención de calidad-costo efectivo y es, a la vez, un distintivo de la Enfermería profesional.²²

Estructura de un protocolo de cuidados

Para la elaboración de este instrumento existe diversidad de opiniones en la literatura. Se ha hecho referencia a la flexibilidad en su estructura y diferencia en su diseño entre servicios de una misma institución y la libertad del investigador para proponer la estructura más conveniente considerando las características del centro y la disponibilidad de recursos humanos y materiales.¹² También se emiten criterios sobre la posibilidad de que cada servicio, institución o nación asuma la estructura que le sea más conveniente para los fines o propósitos que persigue.²³ La estructura necesariamente está relacionada con las complejidades organizativas y la infraestructura económica que permita respaldar los servicios que pueda brindar cada institución de salud. De manera que los compromisos que se asumen con y por los usuarios de los servicios es variable de un centro a otro y donde median variables de la calidad, tanto la percibida como la científico-técnica

(relación enfermero-paciente-equipo de salud y enfermero_cama-servicios de salud; la disponibilidad de recursos humanos de apoyo y tecnologías e insumos sanitarios; la relación costo_beneficio y la satisfacción de los usuarios-trabajadores, entre otros). Por tanto, depende del interés o no de cada institución en elaborar, implementar y luego evaluar la efectividad de estos instrumentos. Los resultados que se logren pueden convertirse en indicadores para evaluar la calidad de la atención de salud que se brinda. La autora comparte los criterios de Sánchez Ancha¹² al sugerir un grupo de interrogantes previo al diseño del instrumento que ayudaría a los profesionales en la adopción de decisiones: sobre qué aspectos protocolizar, y las razones por las cuales lo harían, para ello se han agrupados las preguntas en tres elementos:

1. **Alcance:** ¿Es precisa la elaboración del documento?, ¿por qué se hace?, ¿el problema que se pretende solucionar con la creación del documento es de tal magnitud en el centro que justifica el tiempo y los recursos que se van a invertir?, ¿a qué profesionales se dirige el documento? y ¿a qué pacientes?
2. **Grupo de trabajo:** Puesto que en la mayoría de los casos la temática a abordar es compleja y, además, el consenso entre profesionales es crucial, cobra especial interés la formación de un equipo de trabajo integrado por profesionales expertos en el tema a abordar.
3. **Apoyo bibliográfico:** Como son documentos que nacen con vocación de normalizar la práctica y garantizar una atención de calidad, es necesario que en la medida de lo posible las recomendaciones estén sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Al contrario de lo que ocurre con las guías clínicas, no es posible contar con una estructura universalmente aceptada para el diseño de protocolos por lo que pueden surgir preguntas del tipo ¿cómo se redactan?, ¿es válido cualquier documento?, ¿qué estructura deben seguir? Algunos autores e instituciones han seguido las recomendaciones de la *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la Evidencia*,²⁴ así como las propuestas del instrumento AGREE (declara indicadores o estándares para evaluar la calidad de guías de prácticas clínicas, protocolos, pautas o cualquier otro instrumento construido, sustentado en evidencias científicas). Las consultas realizadas en revistas del gremio de Enfermería, evidencia la escasez de protocolos de intervenciones de Enfermería y estudios que demuestren su efectividad y la diferencia en su estructura. Llama la atención el interés de los investigadores en trabajar los protocolos desde las necesidades afectadas declaradas por Maslow y Kalish, las 14 necesidades de Virginia Henderson sin evidenciar criterio alguno sobre niveles de prioridad entre una necesidad u otra, ni entre las intervenciones que proponen. Otros protocolos se circunscriben a expresar cuestiones formales acerca de la enfermedad y el problema de Enfermería; algunos agregan las etiquetas diagnósticas, los cuidados de Enfermería y luego las evidencias encontradas en la revisión bibliográfica seguida del tema en una sección de anexos. Las autoras sugieren que los investigadores interesados en asumir un diseño que se sustente en las necesidades humanas consideren de forma priorizada las afectaciones que con más frecuencia se presentan en personas con un determinado problema de salud y en igual dirección, se propongan las intervenciones más convenientes según sugieran las evidencias, la experiencia y el criterio de los expertos, estas dos últimas, en los casos que no existan evidencias suficientes en la literatura para formular las mejores intervenciones. Las evidencias y el criterio de los expertos pueden obtenerse de la Taxonomía creada por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), en la sección destinada a las colaboraciones del grupo de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), donde las intervenciones propuestas además de ser resultado de investigaciones acerca del

cuidado se encuentran codificadas. No obstante, es posible que dentro del gremio algunos profesionales consideren diseñar los protocolos teniendo en cuenta los patrones funcionales exclusivamente, o las respuestas humanas que tienen una orientación más subjetiva e incluso decidir la elaboración del protocolo utilizando como punto de partida los diagnósticos de Enfermería y las expectativas. Podría tenerse como referencia, la realizada en informes de investigación elaborado por algunos estudiantes de la Maestría en Enfermería en su 4ta edición, desarrollada en la Facultad de Enfermería «Lidia Doce», lo que en opinión de las autoras resultaría válido siempre y cuando el diseño se corresponda con las cualidades básicas de este tipo de instrumento (ordenado, sencillo, simple, pero detallado), al tiempo que se ajuste a las normas o políticas generales de la Institución, por lo que debe contar con el respaldo del consejo administrativo y científico comprometido con la implementación, evaluación y actualización periódica del instrumento considerando los avances del desarrollo científico-técnico de Enfermería y de las ciencias dentro del ámbito de la Salud en general. Cada centro de salud pudiera asumir la estructura de protocolo que considere conveniente a los fines e intereses de Enfermería dentro de la Institución, dado que su objetivo es el logro de un bien mayor, o sea, el cuidado de la persona enferma como centro de todas las acciones; en tanto no sea normado por el área de dirección del Sistema Nacional correspondiente o de los directivos del gremio. A pesar de que son muchas las definiciones que se hacen del término "protocolo" en el ámbito sanitario, aunque con matices, todas coinciden en que se genera fruto del *consenso entre expertos*¹² y en su esencia recoge las actividades que sirven para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de técnicas, procedimientos y/o problemas de Enfermería, basados en la evidencia científica disponible. De las estructuras de protocolo valoradas, la propuesta por la Biblioteca Lascasas impresiona ser la más completa al recoger información importante para el enfermero, la persona enferma y restantes miembros del equipo de salud; estos elementos son:¹² Fecha, Autores, Revisores haciendo referencia a los expertos, Conflicto de intereses, Introducción, Definiciones, Objetivos para lo cual será implementado y ha de ser conseguido por el paciente, Ámbito de aplicación o alcance, Población diana o personas a la que está dirigido su diseño, Personal que interviene, Materiales, Procedimiento, Evaluación, Bibliografía y Anexos. La estructura propuesta por Lascasas resulta fácil de comprender y desarrollar en su diseño no solo por los elementos que la componen, ya que al mismo tiempo recoge información esencial y detallada que facilitaría la comprensión, valoración y la adopción de decisiones de los enfermeros sobre las cuestiones inherentes a la problemática de salud, los mejores cuidados a ofrecer en función de la seguridad y conveniencia de la persona enferma, la experiencia y el juicio clínico del enfermero. Además contemplaría los recursos materiales necesarios, las limitaciones o especificaciones en el proceso de aplicación y las actividades a realizar para alcanzar los objetivos de salud; ofrece información complementaria anexa de consulta que facilitaría la profundización en cuestiones de interés para el prestador del cuidado. En esta propuesta, se debe considerar la posibilidad de que los enfermeros junto a otros colegas del equipo de trabajo, en función de los conocimientos adquiridos y la experiencia, valoren la incorporación de otros cuidados en la práctica asistencial aunque estos no aparezcan reflejados en el instrumento diseñado y aprobado en tanto favorezca la organización del proceso de cuidado y la calidad de la atención, defendiendo así, la necesaria personalización de la atención y ente decisor en el control de su propia salud y en los procesos de prevención y tratamiento.²⁵ Esta nueva toma de decisión y sus resultados deben quedar debidamente reconocidas en los registros de Enfermería y fundamentada en la comunicación oral que precisa el acto de entrega y recibo de la sala o servicio de salud. De manera que el diseño de un protocolo para el cuidado de las personas con determinado problema de salud debe considerar los resultados de las investigaciones realizadas por los practicantes de la profesión en relación con el cuidado, el criterio de expertos y las consideraciones

del paciente en cuanto a su problema de salud, la estrategia a seguir para vivir con su enfermedad responsablemente y en un entorno más favorable.

Entre las limitaciones de la práctica del cuidado profesional, se encontraron evidencias que señalan que las investigaciones publicadas por Enfermería siguen siendo escasas;²⁶ aunque según informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es la falta de conocimiento y experiencia en el tema una de las razones.²⁷ También se ha planteado que no existe suficiente información estructurada y específica en el sector de la salud que esté relacionada con los resultados clínicos o con los de la práctica clínica de las profesiones de la salud; existen solamente indicadores intermedios del proceso.²⁸ En tal sentido, podrían ser estas algunas de las razones por las cuales la obtención de las mejores evidencias que fundamentan los cuidados que se proponen en este tipo de instrumento resultan también escasas, cuestión que constituye un reto para estos profesionales, quienes hoy deben recurrir a los criterios de expertos en determinadas áreas del saber que validen la propuesta de cuidado o intervención de Enfermería formulada, aunque este criterio es el último de los recomendados en la pirámide de niveles de calidad de la evidencia por la Asociación Americana de Salud, la cual se pronuncia a favor de la fiabilidad de la información para la adopción de decisiones del profesional. Compartimos la opinión de autores que consideran que el acceso al conocimiento científico más avanzado y su mejor aplicación en la práctica clínica es la premisa indispensable, pero paradójicamente existen barreras que impiden el acceso real e interfieren con su adecuada implementación; basta mencionar "la inagotable avalancha de nuevos conocimientos, las habilidades indispensables para el manejo óptimo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) que influyen en la capacidad y rapidez para poder seleccionar la mejor evidencia, acceder a bases de datos especializadas y a los textos completos en Internet, etcétera".^{29, 30} Si bien se ha declarado que trabajar con evidencia científica resulta una fortaleza para los profesionales de Enfermería, también no es menos cierto que existen dificultades para su utilización dado el poco conocimiento y experiencia acerca de cómo sistematizar, sintetizar e introducir estos resultados obtenidos en la adopción de decisiones durante la práctica asistencial, administrativa o docente, de forma tal que favorezca la planificación y organización del proceso del cuidado. En estudios realizados en España, Australia e Irlanda del Norte, se pudieron identificar otros problemas significativos que limitan el uso de la evidencia en la práctica del cuidado y de los cuales no se han encontrado referencia alguna en la literatura consultada en la región de las Américas y que deben ser tenidos en cuenta porque no son ajenos a la realidad en la que hoy se desarrolla la actividad del profesional, relativos al uso del tiempo, el acceso a la información, el dominio de idiomas extranjeros, la creciente carga laboral y el apoyo profesional e institucional para investigar.^{31, 32} Por otra parte, se ha planteado por otros autores que las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica (estudios controlados, cuasi-experimentales o no experimentales y revisiones sistemáticas), las experiencias del practicante, las características del paciente/cliente y la población (necesidades, valores, preferencias y características del entorno organizacional),^{33, 34} y, en este sentido, se requiere una formación que conduzca al desarrollo de habilidades y competencias en el futuro profesional para utilizar los saberes de los paradigmas cualitativos y cuantitativos en la práctica asistencial. Para la obtención de las mejores evidencias a recomendar en la construcción del protocolo de cuidado, es necesario que los profesionales consideren el diseño de un sistema que clasifique el nivel de las evidencias disponibles sobre un problema clínico determinado según su origen, porque al provenir estas de diversas fuentes, su grado de confiabilidad será ineludiblemente diferente.^{35, 36, 37} En concordancia con los niveles de evidencia han surgido los grados de recomendación de las conductas a seguir ante cada problema clínico y de la manera en que pudiera clasificarse los niveles de recomendación:⁹⁻¹²

A. Cuando se dispone de meta análisis o ensayos clínicos al azar y controlados que sustentan la recomendación. En este caso, existe buena o muy buena evidencia para recomendarla.

B. Cuando se dispone de ensayos clínicos bien diseñados y controlados, aunque no al azar. Existe evidencia razonable para recomendarla.

C. Cuando se dispone de pobre evidencia y los hallazgos son inconsistentes, la intervención debe someterse a la aprobación de un grupo de consenso. Después de analizar las evidencias disponibles en relación con posibles sesgos, el grupo de consenso puede admitir y recomendar la intervención. Existe evidencia admisible para recomendarla.

D. Cuando existe muy pobre evidencia, es empírica o carece de sistematicidad, los estudios disponibles no pueden emplearse como pruebas, pero un grupo de consenso puede considerar, por su experiencia, que la intervención es favorable y recomendarla aún sin evidencias.

La práctica sustentada en evidencia científica representa un reto para el desempeño profesional y los resultados de las investigaciones más relevantes registradas en la literatura científico-clínica, su mayor desafío.

Puntualizaciones necesarias para la construcción de protocolos en el camino de la evidencia

La evidencia puede ser manipulada para hacer que los beneficios parezcan mayores de lo que son.³⁸ La práctica basada en evidencia científica (PBEC) no puede responder a cómo se debe atender a los pacientes individualmente. Se tiene que usar la PBEC como una herramienta en el proceso de adopción de decisiones individuales.

De lo anterior se puede inferir que se necesitan las mejores evidencias, pero también la mejor decisión sustentada en un juicio clínico adecuado. Se trata de la interpretación y análisis correcto de la información o los datos que ofrecen los enfermos, los exámenes complementarios y la exploración física para luego valorar las evidencias disponibles y adoptar la decisión considerando la seguridad del paciente.

Por otro lado, se plantea que la individualidad genética, psicológica, conductual, cultural y social de cada paciente requiere una valoración específica y única del profesional que brinda la atención, no puede ser sustituida por nada. De manera que un buen profesional emplea la experiencia clínica individual junto a la mejor evidencia externa disponible, ya que ni la experiencia clínica ni la evidencia externa disponible por separado son suficientes.¹⁵ Comentario que nos recuerda lo ético, humano y necesario de la personalización de la atención a las personas en el ámbito sanitario.

CONCLUSIONES

Podemos resumir de lo anteriormente expuesto que la protocolización de los cuidados de Enfermería es otra alternativa en la práctica asistencial para la mejora

de la calidad de los cuidados que se brinda y la garantía de seguridad en la atención a las personas enfermas. Todo esto sustentado en las evidencias científicas y el juicio clínico del profesional, además de tener en cuenta los elementos que se aporten para asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados proporcionados.

El diseño de protocolos de Enfermería es aún insuficiente dada la escasez de investigaciones sobre la efectividad, eficiencia y eficacia del cuidado de Enfermería, por lo que los profesionales de este gremio tendrán que recurrir inevitablemente al criterio de grupos de consenso para decidir sus componentes, la mejor estructura, lograr la admisión y recomendación de las intervenciones en tanto se revierte la baja producción científica de evidencias sobre los cuidados, ya bien mediante las revisiones sistemáticas, ensayos clínicos al azar y controlados que sustenten la recomendación. Todo ello apunta a que los resultados de la investigación en Enfermería sean los que comiencen a marcar las pautas en la práctica clínica del gremio y sus resultados contribuyan a la homogenización en el lenguaje y los códigos propios de esta ciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Trujillo N, Torres Esperón M, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. La brecha entre Investigación en Sistemas y Servicios y la práctica de Enfermería, posibles causas. *Rev Cubana Enfermer*. Ciudad de La Habana. Sep.-dic. 2010; 26 (3).
2. Aguirre Raya DA. La investigación en Enfermería en América Latina 2000-2010, *Rev. haban. cienc. Méd.* Ciudad de La Habana. Jul.-sept., 2011; 10 (3).
3. Henderson V. The nature of Nursing, *American Journal of Nursing*. 1966, p. 62-68.
4. Wiendenbach E. *Clinical Nursing: A helping Art*. New York: Springer; 1964.
5. Tomey Marriner A. *Modelos y teorías en Enfermería*, 4ta. Ed. España: Harcourt; 2000.
6. Orem DE. *Nursing: Concepts and practice*, 2da.edic. NY: Mc Graw Hill; 1988.
7. Consejería de salud. Junta de Galicia: Guías y protocolos. Citado 25 jun 2011. Disponible en:
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60008.
8. Drummond JP, Silva E. *Medicina basada em evidencias. Novo paradigma assistencial e pedagógico*. Sao Paulo: Atheneu; 1999, p.11-13.
9. Negrín Villavicencio JA, Rodríguez Silva H, Galego Pimentel D, Castellanos R, Pérez Caballero D, Borges H, Soler Morejón C. Proyecto de Protocolización de la Asistencia Médica. En: *Manual de Prácticas Médicas*. II Edición, Hospital Hermanos Ameijeiras. 2008, ISBN 978-959-212-392-2.

10. Guillén DM, Cuevas GL. Investigar en Enfermería: ¿por qué y para qué? Desarrollo Cientif. Enferm. Marzo, 2009; 17(2).
11. Alarcón MA, Astudillo P. La investigación en Enfermería en revistas latinoamericanas, Cienc. enferm. Concepción. Dec., 2007; 13(2): suppl.2.
12. Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas. 2011; 7(1).
13. Lavado Núñez ME y otros. Registros y protocolos. Hygia de Enfermería. Sevilla; 2004, p. 10-14.
14. Llorens Figueroa JA. Ética y educación en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. Sept., 2006; 32 (4).
15. Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. Medicina basada en la evidencia. Reflexiones sobre el tema. Educ. Med. Super. 2005; 19 (1):1.
16. Moreno Rodríguez M. El arte y la ciencia del diagnóstico médico, Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001, p. 53-58.
17. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Medicina basada en evidencias: Controversias actuales. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2004 Jun; 20(3). [Citado 28 mayo 2014]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300008&lng=e
18. Estrategias de implantación de protocolos asistenciales. Análisis de experiencias para en el SNS, Área 4. Atención primaria, Madrid: INSALUD. [Citado 19 jun. 2009]; . Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
19. Llorens Figueroa JA. Prólogo a la 1ra. Edición digital del Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba: 2006. ISBN 978-959-212-283-3.
20. Soler Morejón C. Protocolización de la asistencia médica. Proyecciones futuras. Rev. Haban. Cienc. Méd. Ciudad de La Habana. Jul.- sept. 2011; 10(3).
21. Registered Nurses Association of British Columbia: Nursing and Research Policy Statement. Vancouver: RNABC; 2003;(94).
22. Linares RMG. Proceso formativo sobre la práctica de Enfermería basada en la evidencia científica (EBE). Enfermería Clínica. 2002; 12(2): 70-73.
23. Gillespie JW, Gillespie LD, Parker MJ. Protectores de caderas para a prevención de fractura de caderas en ancianos, Cochrane Database of Systematic Reviews. Oxford: Cochrane Library; 2010, Issue 10. Art. No.: CD001255, DOI: 10.1002/14651858.CD001255.
24. Grupo de trabajo de Enfermería basada en la evidencia de Aragón: Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la Evidencia. Zaragoza. España: 2009.

25. Gray M. Knowledge management: a core skill for surgeons who manage, *Surg. Clin. North Am.* 2006; 86: 17-39.
26. Harrison L, Ray HA, Cianelli R, Rivera MS, Urrutia M. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y Enfermería.* 2005; XI (1): 59-71.
27. Organización Panamericana de Salud: Nuevos retos en el campo de la educación avanzada del personal de Enfermería en América Latina. *Pan American Journal of Public Health;* 1997; 2(1): 51-56.
28. Jiménez MA, Guillén M del C. Investigación clínica de Enfermería. Criterios de evaluación y acreditación. Universidad Autónoma de México; 2009.
29. Sevdalis N, McCulloch, P. Teaching evidence-based decision making. *Surg. Clin. North Am.* 2006; 86, 59-70.
30. De Gara C. How evidence-based are CAGS surgeons really? *J. Can Chir.* 2007; 50(2): 90-4.
31. Martínez J. Barreras e instrumentos facilitadores de la Enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica.* 2003; 13(5): 303-308.
32. Martínez J. Enfermería basada en la evidencia. Cuidando la evidencia vs evidenciando el cuidado. *Enfermería comunitaria;* 2005, 1(1). [Consultado 12 junio 2006]. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/irevista/larticulo52-56.php>.
33. Robin N, Bonnie S. Interdisciplinary evidence: based practice. Moving from silos to synergy 2010; 58(6): 309-317.
34. Whittemore R. Combining Evidence in Nursing Research. *Methods and Implications. Nursing Research.* 2005; 54(1): 56-59.
35. Niveles de calidad de la evidencia científica. [Acceso: 20 diciembre 2011]. Disponible en: [http://www.fisterra.com/recursos_web/\(MBE\)/niveles.htm#task%20Force](http://www.fisterra.com/recursos_web/(MBE)/niveles.htm#task%20Force)
36. González-Carvajal P, Martínez M, Leyva L. Una opinión más sobre la medicina basada en la evidencia. *Rev. cubana med.* 2009; 48(2).
37. Broche JM, Broche RC, García LY, Cañedo R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. *ACIMED.* 2003; 11(6). [Acceso: Septiembre 2010]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci02603.htm.
38. Marchetti P, Centor RM, Donell RW, Poses RM. Does: Evidence-Based Medicine, diminish the physician's role? *Medscape Med Students.* 2007; 9(1). [Acceso: 15 octubre 2008]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/549329?src=mp>.

Recibido: 6 de mayo de 2013

Aprobado: 22 de abril de 2014